E. RÉGIS

MANUEL PRATIQUE DE MÉDECINE MENTALE



[illegible]

[illegible]


CARL SCHOENHOF
Tremont
BOSTON
Street 144

TRAITÉ

DES

FIÈVRES PALUSTRES

AVEC LA

DESCRIPTION DES MICROBES DU PALUDISME

PAR A. LAVERAN

Médecin-major de 1re classe, Professeur à l'École de médecine militaire au Val-de-Grâce.

Un beau volume in-8° de 530 pages, avec figures dans le texte.

PRIX. 10 fr.

TRAITÉ

DES

DÉVIATIONS UTÉRINES

PAR LE Dr B.-S. SCHULTZE

Professeur de gynécologie à l'Université d'Iéna,

TRADUIT DE L'ALLEMAND ET ANNOTÉ

Par le Dr F.-J. HERRGOTT

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy.

Un beau volume in-8° de 470 pages, avec 120 figures dans le texte.

PRIX. 10 fr.

TRAITÉ
ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE
D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

PAR LE Dr G. BARDET

AVEC UNE PRÉFACE

DE

M. C.-M. GARIEL

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Un volume in-8° de 680 pages, avec 234 figures dans le texte.

PRIX............................ 10 fr.

GUIDE
DU
MÉDECIN ET DU PHARMACIEN
DE RÉSERVE
DE L'ARMÉE TERRITORIALE ET DU MÉDECIN AUXILIAIRE

PAR LE Dr A. PETIT

Médecin aide-major de 1re classe, attaché à la division du service de santé du 16e corps d'armée.

Un joli volume in-18 cartonné diamant de 300 pages, avec figures dans le texte et planche de chromo-lithographie hors texte.

PRIX............................ 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉLÈVE ET DU PRATICIEN

Collection publiée dans le format in-18 jésus. Cartonnage diamant, tranches rouges

---

OUVRAGES PARUS DANS CETTE COLLECTION :

Manuel pratique de Laryngoscopie et de Laryngologie, par le Dr G. Poyet. ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. de 400 pages avec 30 figures de texte et 24 dessins chromolithographiques hors texte. Prix.. 7 fr. 50

Histoire de la Médecine, d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs. par J.-M. Guardia. 1 vol. de 600 pages. Prix........ 7 fr. »

Traité pratique de Massage et de Gymnastique médicale, par le Dr J. Schreiber, ancien professeur libre à l'Université de Vienne, membre des Sociétés d'Hygiène et d'Hydrologie de Paris. 1 vol. de 350 pages avec 117 figures dans le texte. Prix.............................. 7 fr. »

Traité pratique des Maladies des organes sexuels, par le Docteur Langlebert. 1 vol. de 550 pages avec figures................. 7 fr. »

Manuel de Dissection des Régions et des Nerfs. par le Dr Charles Auffret. professeur d'Anatomie et de Physiologie à l'Ecole de Médecine navale de Brest. 1 vol. de 471 pages, avec 60 figures originales dans le texte exécutées pour la plupart d'après les préparations de l'auteur. Prix.. 7 fr. »

Manuel pratique de Médecine mentale. par le Dr E. Régis, ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris à Sainte-Anne, précédé d'une préface de M. B. Ball, professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. de 600 pages avec planches. Prix.. 7 fr. 50

Manuel pratique des Maladies de la Peau, par le Dr F. Berlioz professeur à l'Ecole de Médecine de Grenoble. 1 vol. de 500 pages. Prix.. 6 fr. »

Manuel clinique de l'analyse des urines. par P. Yvon, pharmacien de 1re classe. ancien interne des hôpitaux de Paris, 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. de 320 pages, avec 37 figures dans le texte et 4 planches hors texte. Prix.. 6 fr. »

Hygiène de la vue, par le Dr G. Sous (de Bordeaux). 1 vol. de 350 pages avec 67 figures. Prix.. 6 fr. »

Manuel pratique de Médecine thermale, par le Dr H. Candellé, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société d'hydrologie médicale. 1 vol. de 450 pages. Prix........................ 6 fr. »

Manuel pratique des Maladies de l'Oreille, par le Dr P. Guerder. 1 vol. de 320 pages. Prix.. 5 fr. »

Guide thérapeutique aux Eaux minérales et aux Bains de mer par le Dr Campardon avec une préface de M. Dujardin-Beaumetz. 1 vol. de 300 pages. Prix.. 5 fr. »

Guide du Médecin et du Pharmacien de réserve de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, par A. Petit, médecin aide-major de 1re classe, attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée, 1 vol. de 270 pages, avec figures et planches en couleur. Prix.. 5 fr. »

Des Vers chez les enfants et des Maladies Vermineuses, par le Dr Elie Goubert. Ouvrage couronné (médaille d'or) par la Société protectrice de l'Enfance. 1 vol. de 180 pages, avec 60 figures dans le texte. Prix.. 4 fr. »

Manuel d'Ophtalmoscopie, par le Dr A. Landolt, directeur du laboratoire d'ophtalmologie à la Sorbonne. 1 vol. avec figures dans le texte. Prix.. 3 fr. 50

Manuel d'Hygiène et d'Education de la première Enfance, par le Dr Bourgeois, médecin-major de la Garde républicaine. 1 vol. de 170 pages. Prix.. 3 fr. »

MANUEL PRATIQUE

DE

MÉDECINE MENTALE

PRINCIPAUX TRAVAUX DU MÊME AUTEUR :

1° **De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale progressive.** (Mémoire qui a obtenu le prix Esquirol pour l'année 1879.

2° **Folie à double forme continue.** (*Annales méd.-psychologiques*, 1880.)

3° **De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive.** (*Annales médico-psychologiques*, 1880).

4° **La folie à deux ou folie simultanée.** (Mémoire qui a obtenu le prix des *Annales médico-psycholo giques*. (Thèse de Paris, 1880.)

5° **Deux cas de manie congestive.** (*Annales médico-psychologiques*, 1881.)

6° **Des hallucinations unilatérales; contribution à l'étude pathogénique des hallucinations.** (L'*Encéphale*, 1881.)

7° **Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale progressive.** (L'*Encéphale*, 1881.)

8° **Folie consécutive à une fièvre typhoïde** L'*Encéphale*, 1881.)

9° **Quelques réflexions pratiques à propos de l'alimentation forcée des aliénés.** (*Annales médico-psychologiques*, 1881.)

10° **Pseudo-paralysie générale alcoolique.** (*Annales médico-psychologiques*, 1881.)

11° **Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie.** (*Gazette médicale de Paris*, 1881.)

12° **Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne.** (*France Médicale*, 1882.)

13° **Un mot sur la superstition et la folie chez les nègres du Zambèze.** (L'*Encéphale*, 1882.)

14° **La paralysie générale chez la femme.** Leçon faite à la clinique de la Faculté à l'Asile Sainte-Anne. (*France médicale*, 1882.)

15° **Les aliénés peints par eux-mêmes; contribution à l'étude des écrits des aliénés.** (L'*Encéphale*, 1882-1883.)

16° **Note sur la paralysie générale prématurée; à propos d'un cas remarquable observé chez un jeune homme de dix-neuf ans.** Mémoire présenté à la Société de Medecine et de chirurgie de Bordeaux. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1883.)

17° **Pseudo-paralysie générale alcoolique** (L'*Encéphale*, 1883.)

18° **Les familles des aliénés au point de vue biologique; contribution à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales.** Mémoire en collaboration avec M. le professeur Benjamin Ball. (L'*Encéphale*, 1883.)

19° **Article : Sympathique (folie)**, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. 1883.

20° **Note sur la dystrophie et la chute spontanée des ongles dans la paralysie générale progressive.** (*Gazette médicale de Paris*, 1884.)

MANUEL PRATIQUE

DE

MÉDECINE MENTALE

PAR

LE D[r] E. RÉGIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS,
ANCIEN MÉDECIN ADJOINT A L'ASILE SAINTE-ANNE,
MÉDECIN DE LA MAISON DE SANTÉ DU CASTEL-D'ANDORTE,
LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

AVEC UNE PRÉFACE

PAR M. BENJAMIN BALL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1885

1862

A MON PÈRE

Le Docteur Louis RÉGIS

PRÉFACE

L'étude des maladies mentales a pris, depuis quelques années, un développement inattendu. L'enseignement s'est enrichi de plusieurs chaires et la littérature de plusieurs ouvrages, dont les uns, comme le récent volume de Maudsley, envisagent le sujet au point de vue philosophique et physiologique, dont les autres, comme les Traités classiques, abordent la question par le côté systématique ; d'autres enfin, destinés à familiariser les élèves et les praticiens avec les éléments de la médecine mentale, prennent la forme plus modeste de Manuels.

Le livre de M. Régis tient le milieu entre ces diverses sortes d'ouvrages. D'un côté, il représente le Manuel par la condensation des matériaux, par la brièveté, par la clarté, par les qualités

d'ordre et de concision qui seront surtout appréciées de ceux qui veulent acquérir une teinture du sujet sans y consacrer de longues et laborieuses études. D'autre part, il se rapproche d'un ouvrage didactique par la façon très sérieuse dont sont traités certains chapitres, et par les idées souvent personnelles et originales qu'il renferme. Nous signalerons sous ce dernier rapport les tentatives de classification qu'il a esquissées à la suite de tant d'autres auteurs, les chapitres consacrés aux hallucinations, au délire partiel, aux folies sympathiques et plus spécialement à la paralysie générale.

L'esprit qui préside à la rédaction de cet ouvrage est surtout et avant tout clinique et pratique. Sans dédaigner les hautes conceptions philosophiques, l'auteur les tourne, en général, pour n'aborder de front que les sujets qui peuvent offrir un intérêt direct au point de vue du diagnostic, du traitement et du gouvernement des malades. Son livre s'adresse par conséquent aux élèves qui désirent acquérir rapidement les connaissances nécessaires pour terminer convenablement leurs études, et aux praticiens qui veulent y puiser des renseignements indispensables pour ceux qui, mis en présence d'un aliéné,

n'ont pas toujours la possibilité de recourir aux lumières d'un spécialiste, comme il est si facile de le faire dans les grands centres scientifiques.

D'une manière générale, les idées exprimées dans l'ouvrage de M. Régis sont en rapport avec l'enseignement que je donne depuis plusieurs années à l'asile Sainte-Anne, et auquel, en sa qualité de chef de clinique, il a pris lui-même une part importante. Mais l'originalité d'un esprit indépendant doit nécessairement se faire jour dans une œuvre semblable, et ce n'est pas une copie servile de mes leçons que l'auteur présente au public; sur plusieurs points, il s'écarte sensiblement des idées que j'ai professées. Je n'en suis que plus libre pour louer l'excellent esprit dans lequel est conçu ce travail, pour en signaler les mérites incontestables, et pour lui souhaiter une heureuse fortune dans la littérature médicale.

Professeur B. BALL.

INTRODUCTION

Longtemps reléguée au rang des spécialités méconnues, la *Médecine mentale* a conquis enfin sa place parmi les branches classiques de la science médicale, et, désormais féconde comme elles, elle est entrée en pleine voie de vulgarisation.

Déjà, les belles et savantes leçons d'Esquirol, de Baillarger, de Falret père, suivies bientôt des conférences si appréciées de MM. Lasègue, J. Falret, Legrand du Saulle, Benjamin Ball, etc., avaient pour ainsi dire préparé les voies en initiant de nombreux élèves aux mystères jusqu'alors ignorés de la psychiâtrie. Aujourd'hui, sous l'effort d'impulsions nouvelles, cette science gagne chaque jour du terrain et son étude, si négligée, progresse et se répand de plus en plus.

Cette marche en avant est surtout due à la récente création d'une chaire magistrale de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, création qui, en sanctionnant l'enseignement de cette

branche de la pathologie, en a rendu la connaissance obligatoire. D'autre part, la distinction avec laquelle cette chaire est tenue, les savantes et brillantes leçons qui y sont données et qui trouvent leur complément dans les nombreuses cliniques psychiatriques libres des hôpitaux de Paris, la fondation toujours nouvelle de journaux spéciaux de Neurologie, tant en France qu'à l'étranger, tout cela est bien fait pour entretenir et développer de plus en plus le goût d'une pareille étude. Enfin, il faut le reconnaître, les préoccupations publiques sont, depuis plusieurs années et plus que jamais, à l'heure actuelle, vivement tournées vers les aliénés. On s'intéresse à leur sort, on réclame de tous côtés le perfectionnement de leur condition sociale, déjà si améliorée depuis Pinel; bref, sous l'influence d'un mouvement tout spontané, la réforme de la législation qui leur est spéciale s'est imposée pour ainsi dire d'elle-même, et aujourd'hui, les pouvoirs publics sont saisis d'un nouveau projet de loi qui modifie et améliore, sur bien des points, la situation de ces malheureux.

Toutes ces causes, et par dessus tout, l'évolution scientifique qui fait que l'esprit médical se trouve de plus en plus porté vers l'étude des maladies du système nerveux, vers ces *névroses* qui, résultat peut-être d'une civilisation trop avancée, d'un éréthisme social poussé à l'excès, semblent devenir de plus en plus fréquentes et menacent d'envahir la scène pathologique, toutes ces causes, dis-je, donnent un intérêt puissant à tout ce qui touche à l'aliénation mentale, et mettent désormais chaque médecin dans l'obli-

gation de posséder une connaissance au moins élémentaire de cette branche de la médecine.

Certes, pour répondre à ce besoin d'instruction, il existe de nombreux traités des maladies mentales et, sans parler du livre de Marcé, resté classique, malgré son âge, il en est deux surtout de date récente, qui se complètent, on peut le dire, l'un l'autre, et qui représentent parfaitement en Psychiâtrie, l'état actuel de la science. J'ai nommé les « Leçons cliniques » de M. le professeur Benjamin Ball et le « Traité des maladies mentales » de M. Luys.

Mais les traités classiques, émanant de sommités médicales, sont limités par la noblesse même de leur origine. Obligés d'entrer dans le vif des discussions scientifiques et d'aborder les problèmes les plus ardus, ils sont forcés de se maintenir à une hauteur de forme et de fond qui leur interdit l'abord des questions de détail, le terre à terre de la pratique courante. Seul, un *Manuel*, résumé succinct de ces traités pour la partie scientifique, dont il laisse de côté d'ailleurs toutes les théories spéculatives pour ne s'attacher qu'à la technique proprement dite, aux faits acquis, peut, sans déroger, descendre aux menus détails de la pratique, et servir ainsi de *guide*, de *vade mecum* aux élèves et aux médecins. A ce point de vue, le *Manuel* ne fait pas double emploi avec le *Traité*; il le complète. L'un enseigne, l'autre aide à retenir, à fixer ce que l'on sait ; le premier donne la connaissance scientifique, le second apprend à s'en servir.

Un *Manuel pratique*, comme il en existe dans les

autres branches de la pathologie, est donc devenu nécessaire en médecine mentale, et l'heure de sa publication, on en conviendra, ne saurait être mieux choisie.

En aidant les élèves à fixer leurs connaissances psychiatriques acquises aux cours et dans les traités, et à revoir, sous une forme concise, les matières de leurs examens ; en servant, d'autre part, aux médecins de conseiller et de guide dans leurs rapports de tout ordre avec les aliénés, ce manuel répond réellement à un besoin, il devient d'actualité.

C'est pour répondre à ce besoin et faire œuvre, sinon scientifique, du moins utile, que j'ai écrit ce manuel pratique de médecine mentale. Si j'ai trop présumé de mes forces, voici quelle est mon excuse.

Attaché depuis sa fondation à la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, d'abord comme interne, puis comme chef de clinique, longtemps nourri, par conséquent, des leçons du Maître, j'étais peut-être mieux placé que personne pour refléter son enseignement et l'adapter au cadre étroit d'un résumé. D'autre part, la fréquentation quotidienne, je pourrais dire incessante des aliénés depuis près de sept ans, le contact fréquent d'élèves français et étrangers avec lesquels j'ai parcouru pas à pas les principaux chemins de la Clinique mentale, c'est-à-dire réalisé en action et devant les malades eux-mêmes, ce manuel pratique dont je parle, tout cela me donnait aussi, je pense, quelques droits à l'écrire. Enfin, les leçons publiques que, grâce à la bienveillante confiance de mon Maître, M. Ball, j'ai eu

l'honneur de faire aux élèves dans l'amphithéâtre de la Clinique à l'asile Sainte-Anne, et dans lesquelles j'ai tantôt résumé les principaux chapitres de la pathologie mentale, et tantôt abordé les questions de pratique psychiatrique, me facilitaient de beaucoup ma tâche, et me fournissaient les éléments déjà presque complets d'un Manuel.

Ce sont toutes ces raisons, auxquelles je dois joindre les précieux encouragements qui me sont venus de mes maîtres, parmi lesquels je me plais à citer surtout M. Ball, M. Baillarger, M. Foville et le tant regretté Ch. Lasègue, qui m'ont enfin décidé et ont triomphé de mes dernières appréhensions.

Voilà comment un Manuel pratique de médecine mentale m'avait paru nécessaire, et voilà comment et pourquoi je l'ai entrepris. Il ne me reste plus qu'à expliquer en quelques mots, maintenant, comment je l'ai compris.

L'ouvrage est divisé en deux parties, l'une *théorique*, consacrée à la *pathologie mentale* proprement dite ; l'autre *pratique*, consacrée aux *applications pratiques* de la *pathologie mentale*.

Dans la première partie, j'ai successivement passé en revue, dans un ordre méthodique et dans des chapitres distincts : 1° l'*historique* de l'aliénation mentale depuis les temps antiques jusqu'à nos jours ; 2° la *pathologie générale* de l'aliénation mentale (étiologie, diagnostic, marche, durée, terminaison, anatomie pathologique, traitement); 3° la *symptomatologie générale*, c'est-à-dire les éléments primitifs ou constitutifs de la folie (excitation, dépression,

hallucination, illusion, conception délirante, impulsion, etc., etc.); 4° les *principales classifications* des divers auteurs et le *classement* que j'ai cru devoir adopter pour grouper méthodiquement et d'une façon simple et précise, les divers genres de folie à étudier; 5° la *première classe* des aliénations mentales, que j'appelle *aliénations constitutionnelles* ou *infirmités cérébrales*, et qui comprend la faiblesse d'esprit, l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme, la démence; 6° la *seconde classe* des aliénations mentales que j'appelle *aliénations fonctionnelles* ou *folies proprement dites*, et qui comprend : I. le *groupe des folies généralisées* ou *symptomatiques*, composées de la manie, de la mélancolie et de leurs variétés et de la folie à double forme; 7° II. Le *groupe des folies partielles* ou *essentielles* (folie hypocondriaque, folie de persécution, folie ambitieuse, folie religieuse); 8° l'*association des folies symptomatiques* avec les *divers états physiologiques* ou *pathologiques*, chapitres dans lesquels j'ai étudié successivement les folies de la puberté, de la menstruation, de la ménopause, de la grossesse, la folie des maladies générales et des fièvres; la paralysie générale, la folie hystérique, la folie épileptique, la folie alcoolique, la folie saturnine, la folie morphinique; les folies dites cardiaque, utérine, tuberculeuse, rhumatismale, syphilitique, goutteuse, etc., etc., en un mot ces états de folie innombrables dont les traités classiques font habituellement autant de folies spéciales, qu'ils suffisent à peine à décrire, et que j'ai considérées plus simplement et plus exactement, je crois, comme l'asso-

ciation d'un état physiologique ou pathologique quelconque avec une folie généralisée, c'est-à-dire avec une variété toujours identique au fond, à elle-même, de manie ou de mélancolie.

Telle est la première partie dans laquelle j'ai cherché à ne rien omettre d'important de ce qui pouvait se rapporter, de près ou de loin, à la pathologie mentale : à ce point que, sous sa forme concise et élémentaire, cet ouvrage peut être considéré comme le plus substantiel et le plus complet de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour sur la matière.

La seconde partie relative, comme je l'ai dit, aux applications de la pathologie mentale à la pratique, est divisée en deux sections.

Dans la première, consacrée à la *pratique médicale* de l'aliénation mentale, c'est-à-dire au *traitement* des aliénés et aux divers points qui s'y rattachent, j'ai successivement passé en revue les rapports de tout ordre que le médecin praticien peut avoir avec les aliénés soit pendant tout le cours de leur maladie lorsqu'ils restent en liberté, soit jusqu'au moment de leur entrée dans les établissements spéciaux, lorsqu'ils sont destinés à la séquestration. J'ai pensé en effet que dans un Manuel qui a surtout pour objet d'être pratique et qui s'adresse plus particulièrement aux médecins non spécialistes, ces questions de pratique professionnelle qui n'ont jamais encore été formulées d'une façon précise, devaient nécessairement occuper une place importante ; aussi, ai-je essayé d'indiquer, dans des chapitres distincts,

quelques préceptes généraux relativement aux points essentiels de la pratique médicale de l'aliénation, c'est-à-dire : 1° au *diagnostic pratique de l'aliénation mentale;* 2° à l'*appréciation médicale de l'opportunité de la séquestration* ; 3° aux *formalités relatives à la séquestration*, à la *situation et au traitement des aliénés séquestrés* ; 4° au *traitement des aliénés à domicile ou en liberté* ; 5° enfin, à la *déontologie médico-mentale.*

Dans la seconde section, consacrée à la pratique *médico-légale de l'aliénation mentale*, j'ai également étudié, au point de vue médical, les principales questions judiciaires relatives aux aliénés, c'est-à-dire la responsabilité civile et la responsabilité criminelle de ces malades, la nature de leurs délits et de leurs crimes, la simulation de la folie, les rapports médico-légaux, l'interdiction, le conseil judiciaire, etc., etc.

Je n'ai pas besoin de dire que, pour la rédaction de chacun des points théoriques ou pratiques que je viens d'énumérer, j'ai puisé dans les ouvrages français et étrangers, auxquels j'ai fait de fréquents et larges emprunts. Je n'ai pas besoin d'ajouter, non plus, que j'ai, de préférence à toutes autres, adopté et reproduit, quand je l'ai pu, les formules et définitions de M. le professeur Ball, ces formules et ces définitions ayant pour ainsi dire, un caractère officiel.

Toutefois, j'ai voulu que ce Manuel ne fût pas seulement un pâle copie, encore moins une illicite reproduction des Traités classiques, et j'ai tenu à ce qu'il eût sa note personnelle. C'est dans ce but que j'ai adopté ce mode de classement dont je parlais tout à l'heure, et qui, simplifiant dans une large

mesure l'étude des maladies mentales en les ramenant à quelques types primitifs, fait que la méthode et l'ordre de description de ces maladies diffèrent du tout au tout de ceux généralement adoptés sans que, pour cela, le fond lui-même de la partie descriptive en soit changé.

On reconnaîtra facilement aussi tout ce qui peut m'être personnel soit dans la façon dont j'ai traité certains chapitres ou envisagé certaines questions telles que la folie à double forme, les folies partielles, la paralysie générale et les pseudo-paralysies générales, les folies sympathiques, la pratique médicale de l'aliénation mentale, etc., soit dans l'exposé de certains caractères et indications pratiques, qui n'avaient pas encore été signalés jusqu'à ce jour.

Ma principale préoccupation, je pourrais dire mon unique préoccupation, a été d'apporter dans les divisions et les descriptions de cet ouvrage la méthode, la clarté et surtout la simplicité. Sans avoir aucunement la prétention d'avoir atteint mon but, évidemment trop au-dessus de mes forces, je puis dire que j'ai eu pour objectif essentiel de simplifier autant que possible l'étude si compliquée des maladies mentales, et de mettre à la portée de tous, médecins ou non médecins, un aperçu général de nos connaissances actuelles en psychiâtrie.

Tel qu'il est, ce Manuel représente plusieurs années d'études et d'efforts; car il est aisé de comprendre qu'à la période critique de modifications et de progrès qu'elles traversent, les maladies mentales ne se prêtent pas facilement à un exposé clair et précis, à un

groupement méthodique, à une description simple et élémentaire.

Je serai trop payé de mes peines si cet ouvrage atteint, dans une certaine mesure, le but que je me suis proposé, et si, accueilli avec indulgence par le public médical auquel je le dédie, il devient pour lui, en attendant mieux, le *vade mecum*, le *guide pratique* de la médecine mentale.

Je croirais manquer à tous mes devoirs si, en terminant, je n'adressais mes bien vifs et sincères remerciements à l'éditeur de ce Manuel, M. Octave Doin, dont le précieux concours a triomphé des petites difficultés de notre œuvre commune, et dont l'obligeance m'a rendu facile, et presque agréable, le pénible métier d'auteur.

Castel d'Andorte, le 26 mai 1884.

E. RÉGIS.

MANUEL PRATIQUE

DE MÉDECINE MENTALE

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE MENTALE

HISTORIQUE

Pour aborder avec quelque fruit l'étude de l'Aliénation mentale, il me paraît nécessaire de résumer en quelques mots l'histoire de sa marche à travers les siècles.

Cette histoire de la Folie, envisagée dans son ensemble, comprend quatre époques distinctes :

La *première époque* ou *époque primitive* est ce temps d'ignorance et de superstition, antérieur à toute notion médicale, où la folie est considérée comme venant des dieux et son traitement confié aux mains des prêtres. Elle s'étend des premières origines du monde jusqu'à Hippocrate, qui marque l'avénement d'une ère nouvelle et avec qui commence la médecine mentale proprement dite.

La *seconde époque* est l'*époque médicale antique* qui part d'Hippocrate et finit à la décadence romaine après avoir successivement traversé trois périodes

des plus brillantes : la *période hippocratique*, la *période alexandrine* et la *période gréco-romaine*.

La *troisième époque* ou *époque de transition* dont le début est marqué par le retour aux superstitions primitives, accommodées aux enseignements d'une religion nouvelle et qui ne commence à s'éclairer que vers les derniers jours de son histoire, comprend, elle aussi, deux périodes : le *Moyen Age* et la *Renaissance*. Elle va des premiers temps de l'ère chrétienne à la fin du XVIIIe siècle, c'est-à-dire de Cœlius Aurelianus et de Galien jusqu'à Pinel.

La *quatrième époque* ou *époque moderne* est cette période scientifique par excellence qui commence à Pinel, c'est-à-dire à la grande et mémorable réforme de 1792, se continue avec Esquirol et ses élèves et peut être considérée, à l'heure actuelle, comme arrivant par degrés à son apogée.

Telles sont les principales étapes de l'histoire de la Folie. Il nous faut maintenant les passer en revue et signaler rapidement les faits principaux relatifs à chacune d'elle.

PREMIÈRE ÉPOQUE

(Époque primitive)

S'il est un fait historique bien établi, c'est la prédominance de l'idée divine à l'origine des sociétés. Tous les peuples, à leur naissance, ont subi le joug exclusif de la croyance religieuse, à ce point que la superstition semble avoir été nécessairement l'une des phases

premières de leur évolution. Aux premiers temps de leur existence, tout est rapporté par eux à l'intervention céleste, et la folie elle-même, ils la considèrent comme la possession de l'homme par quelque divinité bienfaisante ou vengeresse.

Il en fut ainsi chez les Juifs, ainsi qu'en témoignent les épisodes relatifs aux emportements maniaques du roi Saül et à l'accès de lycanthropie de Nabuchodonosor.

Chez les Égyptiens [1], on retrouve des croyances et des pratiques analogues. Il existe à la Bibliothèque de Paris une stèle égyptienne datant du treizième siècle avant J.-C. dont l'inscription rappelle le fait d'une princesse asiatique possédée d'un esprit, qui fut guérie par l'intercession du dieu Khons. On sait aussi qu'il existait, en Egypte, des temples dédiés à Saturne, où l'on purifiait les insensés dans le but de les guérir.

Dans la Grèce antique, il en est de même et les noms δαιμονωλητοι, θεοληπτοι, ενεργουμενοι, *démoniaques*, *possédés des dieux*, *énergumènes* qu'on donnait aux êtres privés de raison, prouvent assez à quelle origine on attribuait leur folie.

Tout le monde connaît l'histoire du malheureux

[1] Le cadre étroit de ce livre ne nous a pas permis de citer, à chaque page, tous les auteurs, français et étrangers, auxquels nous avons fait quelque emprunt d'idée ou d'expression, et nous ne pouvons que renvoyer, pour la bibliographie de chaque chapitre, aux traités spéciaux et aux articles des Dictionnaires. Nous ne pouvons nous empêcher de dire ici, cependant, combien nous nous sommes aidé, pour la rédaction de cet historique, des travaux de Trélat, Lasègue et Morel, Marcé, Ball, et surtout de l'excellent ouvrage de M. Semelaigne.

Méléagre, celle du parricide Oreste, et celle non moins célèbre des filles de Prétus, roi d'Argos, qui, frappées par Junon d'une sorte de lèpre, se crurent transformées en vaches et mugissaient à l'instar de ces animaux. La tradition rapporte qu'elles furent guéries par le berger Mélampe à l'aide de l'hellébore, de purifications et de cérémonies religieuses.

Les fous n'étaient pas tous considérés, cependant, comme la proie des divinités infernales. Parmi eux, il s'en trouvait qui,. en raison de leur exaltation délirante, passaient, au contraire, pour les amis des dieux, pour des inspirés, et qui prophétisaient l'avenir. Parmi ces derniers, la Pythie de Delphes a été l'une des plus célèbres.

Avec de telles croyances sur la nature de la folie, le traitement des insensés devait évidemment consister en cérémonies religieuses et être confié à des prêtres. C'est ce qui avait lieu. En Grèce, les Asclépiades, sorte de prêtres médecins, qui dirigeaient les temples d'Esculape, étaient spécialement chargés du soin de les guérir. Hippocrate, qui flétrit plus tard ces prêtres charlatans et dénonça leurs pratiques curatives où la spéculation jouait évidemment le principal rôle, nous a laissé un récit détaillé du traitement qu'ils employaient à l'égard des aliénés.

La cérémonie avait pour prélude une adjuration à la divinité malfaisante ; on la sommait de sortir du corps du possédé. Après quoi, celui-ci était soumis à des purifications, des expiations, des jeûnes, des exorcismes, des ablutions avec de l'eau lustrale ou du sang d'une victime expiatoire.

Parfois, à ces cérémonies religieuses étaient jointes les pratiques de la plus sage hygiène : les spectacles, les distractions, la musique, les promenades, le séjour aux sources thermales, les exercices dans les gymnases attenants. Aussi arrivait-il que certains malades guérissaient de leur délire, ce qu'on ne manquait pas alors d'attribuer à l'apaisement de la divinité offensée, et ce qui aboutissait nécessairement à des offrandes du plus haut prix, dont les prêtres s'enrichissaient.

Telles étaient, dans les temps primitifs, les idées qu'on se faisait de la folie et les moyens de traitement qu'on employait pour les guérir. Il nous faut passer rapidement sur cette période, d'ailleurs confuse, de l'histoire de l'aliénation mentale, et, après avoir mentionné les philosophes pythagoriciens qui, aux IVe et Ve siècles avant J.-C., arrachèrent des mains des prêtres les notions médicales qu'ils possédaient pour les confondre tantôt avec la philosophie, tantôt avec la physique et la métaphysique, nous en arrivons à Hippocrate avec lequel commence réellement la médecine antique.

DEUXIÈME ÉPOQUE

(Époque médicale antique)

1° Période Hippocratique

Hippocrate, le créateur de la Médecine Mentale, appartenait à cette famille de prêtres, les Asclépiades, qui prétendaient venir d'Esculape et possédaient,

ainsi que nous venons de le voir, dans la Grèce antique, le monopole de la cure de la folie.

Il naquit, comme on le sait, dans l'île de Cos, 460 ans avant J.-C. Bien qu'il n'ait point traité d'une manière spéciale de l'aliénation mentale, on peut aisément juger, à la lecture attentive de ses œuvres, qu'il avait une connaissance assez précise de ce genre de maladies. Même avant lui, des distinctions s'étaient produites à cet égard, car c'est à la tradition qu'il paraît avoir emprunté les mots dont il fait usage : *phrénitis*, *manie*, *mélancolie*, *mal sacré*.

Hippocrate décrit la *phrénitis* d'après son étymologie, à côté de la pleurésie et de la pneumonie, et il en place le siège au centre phrénique. Elle consistait, pour lui, en un délire continu dans une fièvre aiguë. Sa cause était l'échauffement du corps entier par le sang, échauffé lui-même par son mélange avec la bile, qui le déplace et le change en sérum, lui ôte son mouvement et sa constitution habituelle. Quant aux symptômes, ils se trouvent indiqués en entier dans cette formule aussi succincte que précise qui résulte du livre des Epidémies et des Affections : « Délire aigu avec fièvre intense, carphologie, pouls petit et serré ». L'affection, dont la durée variait entre les limites extrêmes de trois et de cent vingt jours, se terminait plus souvent par la mort que par la guérison.

Bien qu'il soit difficile de préciser ce qu'Hippocrate et les anciens entendaient par *phrénitis*, il est permis de penser qu'ils comprenaient sous cette désignation la plupart des *folies aiguës* idiopathiques ou symptomatiques, et, en particulier, le *délire aigu fébrile.*

Si les indications relatives à la phrénitis sont confuses dans les livres hippocratiques, celles qui ont trait à la *manie* le sont bien davantage encore.

Scientifiquement, les auteurs anciens, y compris Hippocrate, considéraient la manie comme un délire violent, aigu ou chronique. Dans la collection hippocratique, on la trouve généralement confondue avec la phrénitis et la mélancolie.

La *Mélancolie* n'avait pas non plus de signification bien précise. Ses deux principaux caractères, pour Hippocrate, paraissent avoir été la crainte et la tristesse. Le tableau différait d'ailleurs, suivant que l'altération du cerveau était produite par la pituite ou par la bile. Dans le premier cas, il n'y avait pas d'excitation, dans le second, cet état général était, à divers degrés, le principal caractère de la maladie.

En dehors de la phrénitis, de la manie et de la mélancolie, Hippocrate paraît avoir connu la *folie de la grossesse* et la *folie alcoolique*. En tous cas, il semble en avoir observé des exemples.

Dans le domaine des maladies nerveuses, il possédait quelques notions vagues sur *l'hystérie*, mais c'est surtout l'*épilepsie* qu'il connaissait à fond et qu'il a décrite avec le plus grand soin. Il avait même remarqué que l'épilepsie pouvait se compliquer de délire.

Hippocrate n'eut pas seulement le mérite de reconnaître, le premier, la nature pathologique de la folie. Avec une insistance des plus louables, il s'appliqua à combattre les pratiques médico-religieuses des Asclépiades, pour leur substituer un traitement plus ration-

nel et plus médical. Dès lors, aux ablutions, aux exorcismes et aux incantations succédèrent la saignée, les purgations, les vomitifs, la balnéation, la diète végétale, les exercices hygiéniques, la musique, les voyages : en un mot, tous les moyens médicaux dont on pouvait disposer à cette époque. C'est lui qui régularisa l'usage de *l'hellébore* (veratrum album), employé empiriquement depuis la plus haute antiquité comme spécifique de la folie, et qu'on engageait les malades à aller cueillir eux-mêmes à Anticyre, petit village de la Thessalie, où croissait l'espèce la plus renommée. Hippocrate paraît s'être également servi, comme médicament spécial, de la *mandragore*, dans les cas de mélancolie suicide.

Quant à la question de savoir ce qu'on faisait des aliénés, s'il existait pour eux des établissements spéciaux, et si on employait à leur égard des mesures coercitives dans les cas graves et difficiles, nous en sommes malheureusement réduits, sur ce point, aux conjectures. Il paraît probable que les malades calmes et inoffensifs étaient laissés en liberté, ou tout au moins dans leur demeure, sous la surveillance de leurs domestiques ou de leurs proches, et que certains étaient traités dans des maisons de santé (ιατρια), ainsi que semble l'indiquer un passage de Plutarque relatif à Antiphon, médecin de Corinthe. De même, une histoire d'aliéné, rapportée par Hérodote, permet de supposer que les moyens de contention les plus rigoureux étaient employés chez les anciens contre les aliénés dangereux. Il y est dit, en effet, que Cléomène, roi de Lacédémone, étant tombé dans une phrénésie

avec violente agitation, ses parents *l'avaient fait lier dans des entraves de bois.*

Hippocrate résume à lui seul, au point de vue de l'histoire de la folie, la période hippocratique. Ses successeurs, qui ne furent d'ailleurs que ses imitateurs, n'ajoutèrent rien de nouveau à ses notions médicales sur l'aliénation, et, à l'époque du démembrement de l'empire d'Alexandre, la tradition scientifique se trouva transportée en Egypte, où elle reprit un certain éclat sous le règne des Ptolémées.

2° Période Alexandrine

La période alexandrine représentée surtout par Hérophile et Erasistrate, qui vivaient environ trois cents ans avant l'ère chrétienne, n'est, en réalité, qu'une période intermédiaire entre Hippocrate ou le monde Grec, et Asclépiade et Celse, ou le monde Gréco-Romain.

Faute de documents, cette période est demeurée très obscure, et nous sommes réduits à en chercher les traces dans Galien, les ouvrages d'Erasistrate et d'Hérophile n'étant pas parvenus jusqu'à nous.

Mais, d'après ce que nous savons des connaissances scientifiques de ces hommes célèbres et des progrès qu'ils réalisèrent notamment dans le domaine de l'anatomie et de la physiologie nerveuses, il est permis de penser qu'ils possédaient des notions aussi exactes qu'étendues sur la folie, et qu'ils avaient repris et développé, à cet égard, les idées du père de la médecine.

Un siècle environ plus tard, sous Ptolémée Evergète II, le mouvement scientifique passa d'Alexandrie à Rome, grâce aux discordes survenues dans la famille des Lagides et à la dispersion des savants qui s'ensuivit. Mais ce fut surtout après la victoire de Lucullus et de Pompée en Asie que ce mouvement scientifique s'accentua dans l'empire romain.

3° Période Gréco-Romaine

Cette période de l'histoire de la folie est surtout représentée par les noms d'Asclépiade, Celse, Arétée, Soranus, Cœlius Aurelianus et Galien. Elle se termine par Alexandre de Tralles, Paul d'Egine et les Arabes, qui forment comme une transition entre le monde antique et le moyen âge.

Asclépiade de Bythinie (80 ans avant J.-C.) d'abord rhéteur, puis médecin, partisan convaincu de la théorie philosophique des atomes, établit d'une façon formelle la démarcation de la folie admise implicitement par Hippocrate, et c'est à dater de lui que les auteurs la divisent en *aliénation aiguë* avec fièvre ou phrénitis et en *aliénation chronique* sans fièvre ou manie et mélancolie.

Asclépiade étudia aussi les *aperceptions* (visa) et les distingua très nettement en hallucinations et en illusions.

Enfin, le fait de la transformation d'une forme de folie en une autre le frappa, et c'est probablement sous l'influence de cette idée d'observation qu'il en

arriva à essayer la médication substitutive, et à conseiller notamment l'ivresse dans le traitement général de l'aliénation mentale.

Celse (5 ans après J.-C.) n'a consacré à la folie qu'un petit nombre de pages. Au lieu du terme générique *alienatio mentis* employé par Asclépiade, il se sert du mot *insania* qu'il applique aux trois genres de folie dont sa classification est formée, savoir : la *phrénésie* (insania acuta), la *mélancolie*, qu'il attribue à l'atrabile, et enfin un troisième genre qu'il subdivise en deux espèces : 1° le *délire hallucinatoire* gai ou triste sans délire (imaginibus non mente falluntur); 2° le *délire général et partiel* (animi desipiunt).

Celse s'étend plus longuement sur la question thérapeutique et il formule les règles les plus sages et les plus judicieuses du traitement hygiénique et moral. Malheureusement, une ombre existe à ce tableau, car il conseille formellement de recourir au jeûne, aux chaînes, aux châtiments, pour dompter l'aliéné, dès que ses actes, ou ses paroles attestent sa déraison : « Ubi perperam dixit aut fecit, fame, vinculis, plagis coercendus est ».

Arétée de Cappadoce (80 après J.-C.) appartenait à la secte des pneumatistes. Son plus grand titre de gloire est d'avoir laissé des diverses formes d'aliénation mentale, et notamment, de la manie et de la mélancolie, des descriptions d'une exactitude et d'une vérité remarquables.

Arétée considérait la *mélancolie* comme une tristesse de l'âme avec concentration de la pensée sur une idée

fixe, sans fièvre : « Melancolia in unâ re aliquâ est lapsus, constante in reliquis judicio. Animi angor in unà cogitatione defixus atque inhœrens, absque febre et furore a phantasmate melancolico ortus ». C'était donc, pour lui, une folie à délire limité, circonscrit, ce qui la différenciait de la manie, qu'il considérait comme un trouble général de l'intelligence.

Arétée décrit longuement et très nettement la mélancolie, et signale notamment les symptômes physiques qui l'accompagnent, tels que la constipation, la rareté de l'urine, les éructations, la fétidité de l'haleine, la petitesse du pouls, etc.

Quant à la *manie*, il la considère, avons-nous dit, comme un délire général, continu, sans fièvre et la différencie des délires toxiques produits par le vin, la mandragore et la jusquiame, par ce fait que ceux-ci surviennent soudainement et se dissipent de même, tandis que la manie est stable et permanente. Dans sa description de la manie, il signale cette exaltation intellectuelle qui, chez quelques malades, avive les facultés de mémoire et d'imagination au point de les pousser à parler d'astronomie, de philosophie, etc., et à faire de la poésie sans paraître avoir appris.

Arétée établit, dans plusieurs passages, que la mélancolie est un commencement ou une espèce de demi-manie, et que, d'autre part, lorsqu'elle tend à se dissiper, elle se change parfois en manie, plutôt par les progrès que par l'intensité du mal. Il fait remarquer aussi que les accès de manie peuvent être suivis d'une période dépressive.

La partie de l'œuvre d'Arétée consacrée au traite-

ment, celle notamment qui est relative au traitement du délire maniaque ne nous est pas parvenue. Il est permis de supposer cependant, d'après ce qui nous reste de lui à cet égard, qu'une réaction s'était déjà produite en faveur des aliénés depuis Celse, car Arétée ne mentionne nulle part ni liens ni ligatures dans ses descriptions concernant les phrénétiques même furieux.

Soranus d'Ephèse (95 après J.-C.), dont les œuvres ont été perdues, n'est connu que par Cœlius Aurelianus qui s'en donne, dans ses écrits, comme le traducteur et le commentateur.

Il est impossible de déterminer dans l'œuvre admirable de Cœlius Aurelianus, ce qui appartient à l'auteur et ce qui revient au commentateur. Il est probable cependant que Cœlius Aurelianus a dû, sur un grand nombre de points, exprimer des vues absolument personnelles.

Cœlius Aurèlianus a vécu un siècle environ après Soranus, dont il fut, comme nous venons de le voir, le traducteur et le commentateur.

Au point de vue de la pathologie mentale proprement dite, Cœlius Aurelianus a très peu ajouté aux magnifiques descriptions laissées par Arétée ; il s'est borné à compléter sur plusieurs points les idées de son prédécesseur. C'est ainsi qu'il signale la distinction entre la phrénésie ou délire fébrile et l'aliénation mentale proprement dite, et qu'il insiste sur les troubles des fonctions organiques qui accompagnent la mélancolie au sujet de laquelle il dit : « In melancholicis stomachus, in furiosis verò caput afficitur ».

Mais c'est surtout le chapitre relatif au *traitement* de la folie qui constitue la partie capitale de l'œuvre de Cœlius Aurelianus. Il y a là un admirable exposé des règles du traitement physique et moral des aliénés, un éloquent plaidoyer en faveur des mesures de douceur et, par suite, de la suppression des moyens de coercition ; en un mot, l'énoncé complet de cette méthode qui devait ressusciter de nos jours sous le nom de *no-restraint*. Cœlius Aurelianus s'y élève avec force contre les médecins qui ont recours par principe aux moyens violents de contention. Il y a surtout un passage qui mérite d'être cité : « Ils semblent plutôt délirer eux-mêmes, dit-il de ces médecins, qu'être disposés à guérir leurs malades, lorsqu'ils les comparent à des bêtes féroces qu'on adoucit par la privation des aliments et par les tourments de la soif. Séduits sans doute encore par la même erreur, ils veulent qu'on les enchaîne cruellement sans penser que leurs membres peuvent être meurtris ou fracassés, et qu'il est plus convenable et plus facile de les contenir par la main des hommes que par le poids souvent inutile des fers. Ils vont jusqu'à conseiller les violences corporelles, le fouet, comme pour forcer le retour de la raison par une pareille provocation : traitement déplorable qui ne fait qu'aggraver leur état, ensanglanter leurs membres et leur offrir le triste spectacle de leurs douleurs au moment où ils reprennent l'usage de leur intelligence. »

Dans un autre passage, Cœlius Aurelianus dit encore, après avoir conseillé de faire maintenir les malades difficiles et agités par des surveillants habitués :

« Si la vue des hommes les irrite, et seulement dans des cas très rares, on emploiera des ligatures, mais avec les plus grandes précautions, sans aucune secousse, en recouvrant attentivement toutes leurs articulations, et avec le soin de ne se servir que des liens d'une texture molle et délicate, car les moyens de répression employés sans ménagement augmentent et même font naître la fureur, au lieu de l'apaiser. » On ne saurait plaider plus éloquemment la cause de l'humanité, ni formuler de plus sages préceptes au sujet des moyens de contention chez les aliénés.

Galien (150 ans après J.-C.) le célèbre médecin de Pergame qui écrivit cinq cents livres et dont les idées eurent une si immense influence sur son époque qu'elles retentirent avec la même puissance sur les quatorze siècles qui suivirent, a peu porté son attention sur l'aliénation mentale. Ce qui domine à ce point de vue dans ses écrits, c'est la division qu'il s'attache à établir entre la folie *idiopathique* et la folie *sympathique* ou par consensus, et l'importance qu'il accorde à cette dernière dans ses descriptions.

Après Galien, tout retombe dans l'obscurité et la confusion. Alexandre de Tralles (560 après J.-C.) et Paul d'Egine (630 après J.-C.) n'exposent aucune vue nouvelle sur la folie, et quant aux médecins arabes Avicenne, Rhazès (xe siècle), ils se bornent à développer les idées de Galien sur la folie par consensus, dont ils placent le siège dans les différentes viscères, et surtout dans le foie et la rate.

TROISIÈME ÉPOQUE

(Époqué de transition)

1° Moyen age

Pendant toute la durée du moyen âge, l'étude de la folie se perd dans le chaos, et on n'en trouve plus trace. La croyance aux démons domine toutes les imaginations ; la superstition se répand de toutes parts ; c'est le règne de la sorcellerie, du sabbat, de la démonopathie, de la lycanthropie, de la possession démoniaque.

Aussi voit-on éclater, sur tous les points du territoire, ces terribles *épidémie de folie religieuse* dont Calmeil nous a conservé l'histoire détaillée, et qui, toutes, après une série d'exorcismes et de cérémonies religieuses plus ou moins solennelles, aboutissent à la condamnation des aliénés, et à leur supplice par les tortures et le bûcher.

Des milliers de malheureux, victimes des préjugés populaires, payent de leur vie la perte de leur raison et deviennent la proie des flammes. Pas une voix ne s'élève pour les défendre ; les parlements eux-mêmes sont les plus acharnés dans cette lutte barbare contre de pauvres malades, et il faut arriver jusqu'au xve siècle pour renouer, au point de vue de l'histoire de la médecine mentale, la chaîne si longtemps interrompue. Encore les idées religieuses sont-elles tellement enracinées que les premiers médecins, Ambroise Paré

lui-même, malgré les protestations encore timides de Nider, donnent de la folie des interprétations surnaturelles et l'attribuent à l'intervention des démons.

2° Renaissance

A la fin du xvi[e] siècle, sous l'influence de l'impulsion donnée par Alciat, Wier, Leloyer, Montaigne, les médecins reviennent peu à peu aux saines traditions, et, successivement, Baillou, Nicolas Lepois, Félix Plater, Sennert, Sylvius de le Boë, Bonet, cherchent, sans toujours y réussir, à secouer le joug des préjugés si tenaces légués par les siècles précédents.

Sydenham (1624-1689) ne traite que d'une manière incidente de la folie, mais il signale ce point intéressant de la manie développée à la suite des *fièvres intermittentes*.

Willis (1622-1675), dont les travaux sont plus importants et marquent un progrès sur ceux de ses devanciers, donne de bonnes descriptions de la manie et de la mélancolie qu'il divise en partielle et générale, de la stupidité, dans laquelle il réunit, comme on continua à le faire après lui, l'imbécillité, l'idiotie, la démence et même la stupeur. Ses descriptions sont malheureusement noyées dans de longues discussions sur les esprits animaux. Il signale la succession de la manie et de la mélancolie, et, dans cette indication, se trouvent les premières traces de ce qui a été décrit plus tard sous le nom de folie à double forme. Willis admet encore, quoique avec une certaine réserve,

l'intervention des démons. Les règles du traitement qu'il expose sont remplies de sens ; malheureusement, il ne craint pas de conseiller comme fréquemment nécessaires, les moyens de rigueur : « Prima indicatio curatoria disciplinam, minas, vincula æque ac medicinam requirit. Furiosi nonnunquam citiùs per supplicia et cruciatus, quam pharmaciâ aut medicamentis curantur ».

Bonet (1700), dans son Sepulcretum, insiste comme l'avaient fait Galien et les Arabes, sur l'importance des lésions viscérales dans l'aliénation mentale, et rapporte longuement les lésions trouvées à l'autopsie dans les divers organes.

A cette même époque, on fait quelques tentatives heureuses de médication, et on rapporte un cas de récidive de manie traitée et guérie par la transfusion du sang, ainsi que quelques autres, guéris aussi par la trépanation.

Au XVIII[e] siècle, l'étude de la pathologie mentale entre définitivement dans une voie nouvelle. Il se produit bien encore quelques épidémies de folie religieuse et hystérique soit parmi les calvinistes persécutés, soit sur la tombe du diacre Pâris, mais la nature maladive en est reconnue, et on leur oppose un traitement surtout médical.

Vieussens (1641-1720), à part quelques névroses dont il fixe définitivement le siège dans le cerveau, ne cherche qu'à adapter ses connaissances en aliénation avec ses théories humorales.

Boerhaave (1668-1738) et son commentateur *van*

Swieten (1700-1772) subordonnent également leurs idées en aliénation à leurs théories mécaniques et font tout découler de la malignité du sang et de l'atrabile. Ils donnent pourtant, çà et là, quelques bonnes descriptions de la manie, de la mélancolie et indiquent notamment, dans la phrase suivante, les principaux caractères physiques de la mélancolie avec dépression profonde, c'est-à-dire de la stupeur: « Pulsus lentior; frigus majus ; respiratio lenta ; circulatio per sanguinea vasa bona ; per lateralia minus bona ; hinc humorum secretiorum et excretiorum minor, tardior, cratior exitus ; minor consumptio, parcior appetitus ».

Mais bientôt, sous l'impulsion de Bonet, Vieussens, et surtout de Morgagni (1682-1771), l'anatomie pathologique fait des progrès rapides, et on tend de plus en plus à abandonner les théories humorales et chimiatriques pour s'attacher surtout à l'examen des solides.

Sauvages (1706-1767), nosologiste avant tout, divise à l'infini les diverses formes des troubles nerveux. Sa huitième classe, constituée par les *vésanies* ou maladies qui troublent la raison, est subdivisée elle-même en quatre ordres : 1° les *hallucinations* (vertige, berlue, diplopie, tintouin, hypocondrie, somnambulisme) ; 2° les *morosités*, désirs ou affections dépravées (pica, boulimie, polydipsie, antipathie, nostalgie, terreur panique, satyriasis, fureur utérine, tarentisme, rage) ; 3° les *délires* (transports, démence, mélancolie, manie, démonomanie) ; 4° les *folies anormales* (oubli, insomnie). Chacun de ces genres offre à son tour des divisions plus ou moins nombreuses.

Çà et là, on trouve dans Sauvages quelques bonnes descriptions, notamment celle de la mélancolie anxieuse (mélancolia attonita). Mais son mérite a été surtout de réunir, sous le nom de vésanies, et dans un cadre complet, à peu près tout ce qu'on savait sur les maladies mentales à cette époque.

Lorry (1725-1772) donne quelques bonnes descriptions, mais rendues confuses par son retour à une théorie moitié solidiste, moitié humorale.

Cullen (1712-1792) qui sert de transition entre l'époque de la Renaissance et l'époque moderne, rejette toute idée humorale et insiste sur la nécessité des recherches anatomo-pathologiques. Il range les maladies mentales parmi les *névroses* dont elles constituent, dans son ouvrage, la quatrième classe. Il décrit le *délire partiel*, tout en faisant remarquer combien il est rare de trouver la folie absolument limitée à un point unique, et n'admet, en fin de compte, que deux formes de folie primitive, dont il fait dériver toutes les autres : la *manie* et la *mélancolie*. Dans la partie consacrée au traitement, il vante le travail, les bains, les exercices du corps et n'autorise qu'avec une certaine réserve les moyens violents de répression.

Avec Cullen, nous sommes déjà bien loin de l'ignorance et de l'obscurité du moyen âge, et la science mentale a déjà réalisé d'immenses progrès. Mais la condition des aliénés est encore déplorable ; ils vivent toujours épars dans les prisons, dans quelques maisons de refuges ou dans d'indignes cabanons. Très peu sont hospitalisés, et encore les hôpitaux où on les renferme ne sont, en réalité, que des cachots. Aussi,

leur étude est-elle difficile et incomplète tout autant que leur sort est misérable.

A Paris, comme on sait, les fous étaient, à cette époque, distingués en curables et incurables.

Les *curables* étaient traités à l'Hôtel-Dieu où douze lits pour chaque sexe, comprenant en tout 78 places, leur étaient réservés. Au bout de quelques jours, lorsqu'après les avoir baignés, soignés, maltraités surtout, privés d'air et d'exercice, quelquefois constamment attachés sur leur lit, on voyait qu'ils ne guérissaient pas, on les considérait dès lors comme *incurables* et ils étaient dirigés, les hommes à Bicêtre, les femmes à la Salpêtrière.

Là, mal nourris, couverts de haillons, chargés de chaînes et de colliers de fer, confinés dans d'infects cabanons destinés jadis aux criminels, couchés sur de la paille pourrie, respirant un air méphitique, ils traînaient une vie misérable, exposés à la vue du public qui, les jours de fête, était admis, moyennant rétribution, à se repaître de leur spectacle et à les agacer comme des fauves, à travers les barreaux de leur cage.

C'est à ce moment que parut Pinel et que s'accomplit la mémorable réforme de 1792, qui changea complètement le sort des aliénés et inaugura une ère nouvelle dans l'histoire de la Médecine mentale.

QUATRIÈME ÉPOQUE

(*Époque moderne*)

Ph. Pinel, né en 1755 à Saint-Paul près Lavaur

(Tarn), et reçu docteur à Toulouse, devint médecin du service des aliénés, à Bicêtre, en 1792.

On a vu dans quel état il trouva les aliénés. Grâce aux éloquentes protestations qu'il fit entendre, il parvint à faire tomber leurs chaînes, et provoqua ainsi un mouvement général en faveur de ces malheureux. Aux mauvais traitements, aux violences brutales, aux coups et aux chaînes, il substitua les moyens de répression sagement combinés, vanta les effets de la fermeté unie à la douceur et à la patience, enfin, posa les premières bases du traitement moral. Il démontra la nécessité de créer pour les aliénés des établissements spéciaux, indiqua les principes qui devaient présider à leur construction, à leur organisation, à leur aménagement, à la séparation des malades en quartiers distincts d'après la nature même de leur affection mentale ; en un mot, il traça les premières règles de l'hospitalisation des aliénés et fit comprendre le rôle du médecin dans l'observation et la direction médicale et matérielle de ces malades. Il fut aidé dans les détails pratiques de sa réforme par le surveillant de la Salpêtrière, Pussin, collaborateur modeste, mais dont le rôle n'en fut pas moins actif, et que Pinel lui-même a associé, dans une certaine mesure, à l'honneur de sa glorieuse innovation.

Ce fut Pinel qui le premier eut l'idée, mise depuis en usage par Esquirol, de se servir de la sonde œsophagienne pour l'alimentation artificielle des aliénés sitiophobes, qu'on laissait auparavant mourir de faim, après avoir employé inutilement les prières et les violences pour les forcer à manger.

Le rôle de Pinel, comme *réformateur*, fut immense et l'impulsion qu'il imprima retentit non seulement en France, mais encore à l'étranger, où, peu à peu, la condition des aliénés s'améliora sensiblement.

Comme *médecin*, Pinel réalisa également d'importants progrès et les descriptions qu'il a laissées, sont toutes marquées au coin d'un esprit pratique et judicieux. Son rôle scientifique est loin cependant d'avoir eu la même portée que son rôle de réformateur.

Pinel admit et décrivit quatre espèces de folie : la *manie*, la *mélancolie*, la *démence* et *l'idiotie*, dans laquelle il confondit, comme l'avait fait Willis, l'idiotie, le crétinisme, et jusqu'à la démence et à la stupeur mélancolique.

Pendant ce temps, se fondait en Allemagne l'école qu'on a appelée *école psychiatrique allemande* et dont le point de départ fut la théorie spiritualiste de Stahl, pour lequel les maladies n'étaient, comme on le sait, que la perversion des tendances morales de l'âme produite par le péché. Le péché devint donc la cause première de la folie.

Langermann et son élève Ideler furent les fondateurs de cette école psychologique qui compta des noms illustres, et dont le plus célèbre représentant fut Heinroth (1773-1843), un des meilleurs disciples de Pinel, qui admit que la folie avait sa source dans l'absence de moralité, que son caractère essentiel était la perte de la liberté, et son meilleur préservatif l'attachement aux vérités de la religion chrétienne.

Les idées des psychologues allemands, par leur

exagération, ne tardèrent pas à provoquer une réaction très vive dans un sens opposé. En Allemagne même, se fonda une école nouvelle, *l'école somatique*, qui eut pour chefs: Nasse, Friedreich, Vering, Amelung, Jacobi, Griesinger, et, en Hollande, Shcrœder, van der Kolk. Tous protestèrent successivement contre les doctrines spiritualistes outrées des psychologues et s'efforcèrent de prouver que la folie tient à des lésions physiques soit cérébrales, soit viscérales. Comme Galien et les Arabes, ils accordèrent la place d'honneur, en spychiatrie, aux folies sympathiques.

En France, Esquirol, né à Toulouse en 1772, avait succédé à Pinel, et l'importance de son action fut aussi grande sur la médecine mentale proprement dite que celle de Pinel l'avait été sur la condition morale et le traitement des aliénés.

Comme *philanthrope* et comme *réformateur*, il continua l'œuvre de Pinel, contribua à la construction et à l'organisation de nombreux asiles dont il dressa lui-même les plans, améliora de plus en plus le sort des aliénés, enfin, prépara de longue main, par ses voyages et ses écrits, le mouvement qui aboutit à cette fameuse loi de 1838, qui a rendu de si grands services et à laquelle collaborèrent activement Falret père et Ferrus.

Comme *savant*, Esquirol quitta le domaine de la spéculation pure pour s'attacher surtout à l'observation et à la clinique, traça d'admirables tableaux des principales formes de folie auxquelles il ajouta la *monomanie*, enfin soupçonna l'existence de la *paralysie générale*.

Comme *maître*, il forma ou dirigea une magnifique pleïade d'élèves, si nombreuse et si brillante que les découvertes s'accumulèrent, et que jamais la médecine mentale ne fit, en si peu de temps, d'aussi rapides progrès.

A Charenton, c'est Bayle, Delaye, Georget, Foville père et le vénérable M. Calmeil, qui découvrent et décrivent les symptômes et les lésions de la paralysie générale.

A la Salpêtrière, c'est Trélat qui décrit la folie lucide ; Félix Voisin qui fait une étude approfondie de l'idiotie ; Falret père qui combat la doctrine des monomanies, émet des idées générales nouvelles sur les maladies mentales, et, maître à son tour, laisse après lui des élèves tels que : Morel, (l'illustre auteur des dégénérescences, des folies héréditaires, de la classification étiologique, et l'introducteur en France du système du *no-restraint* préconisé en Angleterre par Gardiner-Hill et par Conolly), Ch. Lasègue (le créateur du délire des persécutions), enfin son propre fils, l'éminent clinicien M. Jules Falret. C'est aussi Leuret, le promoteur, trop attaqué peut-être, du traitement moral, et M. Baillarger, dont les découvertes cliniques, si importantes et si connues, ne se comptent plus.

C'est encore Marc et Fodéré, les rénovateurs de la médecine légale des aliénés ; Ferrus, Parchappe, Marcé et tant d'autres, tant en France qu'à l'étranger, dont l'énumération serait trop longue. Nous nous contenterons de citer seulement Conolly et Guislain dont l'action sur la marche et le traitement de l'Aliénation

mentale, en Angleterre et en Belgique, a été plus ou moins comparable à celle de Pinel.

Mais il faut nous arrêter ici, car nous touchons à la période actuelle, et certains des noms que nous venons de citer, bien que déjà acquis à l'histoire, sont encore ceux de nos maîtres. C'est à l'avenir à juger des progrès accomplis, depuis Pinel et Esquirol, dans l'étude des maladies mentales.

PREMIÈRE SECTION

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER

§ Ier — DÉFINITION.

Définition de la Folie. — Esquirol a défini la folie : « *Une affection cérébrale, ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté* ».

Malgré ses imperfections, c'est cette définition qui est encore aujourd'hui généralement adoptée. Il convient, toutefois, d'y ajouter l'inconscience où se trouve le malade de son état, élément essentiel de l'affection qui a donné naissance à cet aphorisme presque proverbial : « *La folie est une infortune qui s'ignore* ».

Différence entre la Folie et l'Aliénation mentale. — Dans le langage médical usuel, le mot *Aliénation mentale* est devenu synonyne du mot *folie*, et ces deux termes sont communément employés l'un pour l'autre. Scientifiquement cependant, ils ont une acception différente, qu'il nous paraît d'autant plus nécessaire de préciser qu'elle sert de base à la classifi-

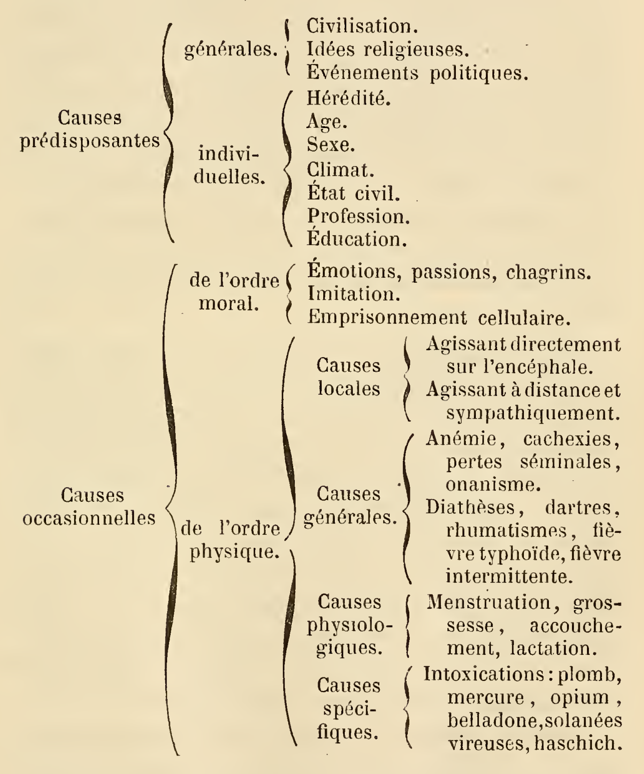
cation que nous avons adoptée. *Aliénation mentale* est un terme générique qui comprend indistinctement toutes les altérations dont l'intelligence peut être le siège, altérations constitutionnelles ou fonctionelles, congénitales ou acquises. La *folie*, elle, est simplement l'une des parties constituantes de l'aliénation mentale, et s'applique à la perte de la raison proprement dite, survenant à titre de maladie, chez un individu raisonnable jusqu'alors. Un exemple fera mieux saisir la distinction. Un imbécile est un aliéné parce qu'il présente une altération évidente de l'intelligence, l'arrêt de développement ; mais, tout imbécile qu'il est, il peut ne pas déraisonner et se servir normalement de la part restreinte d'intelligence qu'il possède : *il n'est pas fou*. Or, que cet imbécile, sous l'influence d'une cause quelconque, vienne à être atteint d'un accès de manie ou de mélancolie ; c'est un élément nouveau, la *folie*, qui est venu s'enter sur son fond d'aliénation mentale : *l'aliéné* est devenu *fou*.

Signification du mot démence. — Le code emploie le mot *démence* comme synonyme de folie et d'aliénation mentale. C'est là une locution vicieuse et qui ne peut avoir cours qu'en jurisprudence, car la démence n'est qu'une forme particulière d'aliénation mentale.

§ II. — ÉTIOLOGIE.

L'étiologie est l'une des parties les plus importantes de l'étude de l'aliénation mentale, à ce point que quelques auteurs, notamment Morel, en ont fait la base de leur classification.

Comme pour la plupart des maladies, il existe, pour l'aliénation mentale, des causes *prédisposantes* et des causes *occasionnelles*. Les principales de ces causes ont été réunies par Marcé dans le tableau synoptique suivant :



Causes prédisposantes	générales.		Civilisation. Idées religieuses. Événements politiques.
	individuelles.		Hérédité. Age. Sexe. Climat. État civil. Profession. Éducation.
Causes occasionnelles	de l'ordre moral.		Émotions, passions, chagrins. Imitation. Emprisonnement cellulaire.
	de l'ordre physique.	Causes locales	Agissant directement sur l'encéphale. Agissant à distance et sympathiquement.
		Causes générales.	Anémie, cachexies, pertes séminales, onanisme. Diathèses, dartres, rhumatismes, fièvre typhoïde, fièvre intermittente.
		Causes physiologiques.	Menstruation, grossesse, accouchement, lactation.
		Causes spécifiques.	Intoxications : plomb, mercure, opium, belladone, solanées vireuses, haschich.

Un mot sur chacune de ces causes en particulier.

Causes prédisposantes

Civilisation. — On s'accorde à reconnaître, en général, que la civilisation, par les besoins qu'elle entraîne, les habitudes de luxe et de plaisirs qu'elle crée, enfin la lutte pour l'existence à laquelle elle condamne, favorise le développement de l'aliénation mentale. C'est ce qui paraît résulter, même en tenant compte des erreurs de statistique, du petit nombre d'aliénés existant chez les peuplades sauvages, de leur nombre de plus en plus grand à mesure qu'on s'élève dans des pays plus civilisés, enfin, de leur prédominance excessive dans les grands centres et les cités.

Idées religieuses. — L'influence des idées religieuses sur la production de la folie varie suivant les époques, les pays et les milieux. Très active en France au moment des guerres de religion, des réformes et des polémiques ardentes, elle est devenue beaucoup moindre aujourd'hui sans cesser cependant d'être manifeste. Par contre, elle joue encore un rôle considérable dans les pays où les sentiments religieux occupent une des premières places. Rien n'est plus communicable que les idées de religion et de mysticisme ; c'est pourquoi la folie qu'elles engendrent revêt le plus souvent la forme épidémique.

Les idées religieuses déterminent surtout la folie chez les individus qui leur offrent le plus de prise, c'est-à-dire, d'une façon générale, chez les esprits

faibles, les enfants, les femmes, les personnes nerveuses, mais surtout chez les religieux et les religieuses, et, parmi ceux-ci, de préférence, chez ceux qui sont voués aux ordres mystiques et contemplatifs.

Elles ont également une action plus manifeste à certaines périodes de l'existence, surtout aux grandes époques de la vie génitale : la puberté et la ménopause. On sait, d'ailleurs, qu'il existe un lien étroit entre les idées mystiques et les idées érotiques et que, le plus souvent, ces deux ordres de conceptions se trouvent associés dans la folie.

Événements politiques. Guerres. — On a exagéré de tout temps l'importance des commotions politiques, des révolutions, des guerres comme cause d'aliénation mentale. La vérité est que ces grands événements ont surtout pour effet de faire surgir et de mettre en évidence un certain nombre d'aliénés qui, en des temps non troublés, fussent passés inaperçus, et aussi de communiquer aux idées délirantes du moment une couleur spéciale. C'est également dans ce sens qu'agissent les grands mouvements scientifiques ou sociaux qui s'opèrent au sein de la société. Les grandes découvertes, les inventions, les associations puissantes, etc., n'interviennent guère en effet, chez les aliénés, que pour colorer leur délire et leur imprimer une physionomie particulière.

Hérédité. — L'*hérédité*, qui est sans contredit la plus puissante et la plus importante de toutes les causes de folie, mérite de nous arrêter un instant.

Définition. — Par hérédité, il faut entendre, en pa-

thologie mentale, *une prédisposition originelle à l'aliénation, transmise aux enfants par les parents.*

Nature. Fréquence. — La source de cette prédisposition peut être non seulement l'aliénation mentale elle-même chez les ascendants, mais les maladies qui s'en rapprochent, l'excentricité, les névroses, l'alcoolisme, certaines diathèses, la consanguinité, etc. C'est faute d'avoir ainsi compris l'hérédité dans son acception la plus large et la plus vraie, et pour l'avoir plus ou moins restreinte aux cas de transmission de la folie elle-même, qu'on n'a pu se mettre d'accord sur la fréquence exacte de cette cause en aliénation mentale. En réalité , on peut admettre, avec Marcé, que dans les neuf dixièmes des cas, on trouve un antécédent quelconque.

Caractères. Formes. Variétés. — L'hérédité provient le plus souvent des parents eux-mêmes, c'est-à-dire qu'elle est *immédiate.* Elle peut venir à la fois du père et de la mère, et, dans ce cas, elle est dite *double* ou à *facteurs convergents.* Ou bien, elle est isolément le fait du père ou de la mère, constituant ainsi *l'hérédité simple*, *paternelle* ou *maternelle.* Suivant Esquirol, cette dernière est la plus grave. Elle est aussi trois fois plus fréquente que l'hérédité paternelle, d'après M. Baillarger.

L'hérédité peut provenir non plus des parents, mais des grands-parents, sans avoir passé par les ascendants immédiats. Elle est alors *médiate.* Elle peut aussi provenir à la fois de plusieurs générations antérieures, et, dans ce cas, elle est dite *accumulée.*

L'hérédité est *directe* ou *collatérale*, suivant qu'elle tire son origine des parents ou grands-parents, ou des branches collatérales de la famille.

L'hérédité peut éclater chez les enfants plus ou moins longtemps avant de se manifester chez les parents. On peut la considérer alors comme *anticipée*, par rapport à la folie des ascendants, restée jusqu'alors *latente*.

L'hérédité peut se traduire, chez les enfants, par une affection mentale identique à celle des parents. C'est le cas pour le suicide et quelquefois aussi pour certaines formes d'aliénation, telles, par exemple,que la folie à double forme. L'hérédité est alors *similaire*. Elle est au contraire *dissemblable* ou *transformée* lorsqu'elle se modifie en passant d'une génération à une autre. C'est là le cas le plus fréquent, et alors elle peut : soit s'accentuer de plus en plus pour aboutir à la dégénérescence de la race, c'est-à-dire être *progressive* ; soit s'atténuer au contraire par une série de croisements heureux pour en arriver à disparaître, c'est-à-dire être *régressive*.

L'hérédité ne frappe pas indistinctement tous les membres d'une même famille. Un certain nombre peuvent échapper à cette influence. Il est même de régle, d'après Morel, d'observer dans les familles d'aliénés des *types disparates*. Cette disparité peut quelquefois être poussée à ce point qu'à côté de dégénérés ou d'aliénés, on trouve dans ces familles des hommes de talent et même de génie. (Parenté du Génie et de la Folie.)

D'une façon générale, les enfants les plus exposés à

l'hérédité sont ceux dont la naissance se rapproche le plus des accès d'aliénation des parents. C'est surtout le cas des enfants nés d'une mère en accès de folie puerpérale ou conçus par un père en état d'ivresse.

L'hérédité, en aliénation mentale, paraît affecter plusieurs types dont les principaux sont : 1° *l'hérédité vésanique*, ou hérédité de la folie pure, des vésanies; 2° *l'hérédité cérébrale* ou *congestive*, c'est-à-dire l'hérédité des affections cérébrales et de la paralysie générale ; 3° *l'hérédité névrosique* ou *névropathique* qui est celle des névroses.

Age. — La fréquence de l'aliénation mentale est surtout marquée dans la période moyenne de la vie ; au-dessus et au-dessous, cette fréquence diminue et s'abaisse de plus en plus à mesure qu'on s'approche des limites extrêmes de l'existence. Les principales étapes de la vie humaine, telles que la puberté et l'âge critique, sont le signal d'une recrudescence dans la fréquence de la folie.

Sexe. — Si l'on fait une statistique générale de l'aliénation mentale, le sexe masculin y figure pour un chiffre plus élevé que le sexe féminin. Si l'on exclut de la statistique les cas d'idiotie et de crétinisme plus fréquents chez les hommes, l'équilibre se trouve rétabli dans une certaine mesure, et si on sépare encore de l'ensemble les cas de paralysie générale et d'alcoolisme, on constate que la folie pure est, en résumé, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il faut ajouter que certaines affections mentales, comme celles de la grossesse, sont spéciales à la femme et

que certaines autres, communes aux deux sexes, se présentent chez elle avec des caractères particuliers.

Climats. Saisons. Phases de la lune. — Il n'est guère possible d'établir l'influence comparative des différents climats sur la production de la folie, en raison de la multiplicité et surtout de la diversité des causes qui se surajoutent à elle. Ce qui paraît plus certain, c'est la recrudescence des cas d'aliénation dans certaines *saisons* et notamment dans le semestre de mars à septembre. Les anciens et, plus près de nous, Esquirol, attachaient une certaine importance à l'influence des saisons, non seulement sur le développement, mais aussi sur le cours de la folie ; tels ou tels accès devaient, pour lui, guérir à telle époque ; passé ce temps, si la guérison ne survenait pas, le pronostic devenait plus grave. Quant à l'influence des *phases de la lune* regardée autrefois comme si profonde que dans certains pays, elle a même donné son nom aux aliénés (lunatic), elle n'est plus guère admise aujourd'hui. Il paraîtrait cependant qu'elle aurait une certaine action sur le retour des accès dans la folie intermittente, et notamment dans la folie à double forme.

État Civil. — Toutes les statistiques s'accordent à reconnaître que la folie est plus fréquente chez les *célibataires* que chez les gens mariés. On explique ce fait en disant que la condition du célibat favorise la vie irrégulière et prive les individus d'appui moral. Il serait peut-être plus vrai de dire que la même cause qui porte certains individus à la folie, les porte égale-

ment au célibat. Il semble, en effet, que les prédisposés, en raison même de leur tempérament spécial, sont souvent portés à s'éloigner du mariage et à rechercher la vie égoïste et solitaire. On a remarqué également que, par une sorte d'attraction souvent inconsciente, les prédisposés avaient une tendance à s'allier entre eux. Enfin, on s'accorde à dire que le *veuvage* a une influence positive sur le développement de la folie.

Professions. — Dans tous les pays du monde, mais surtout en Angleterre, ce sont les *militaires* qui occupent la première place, pour le nombre, dans la statistique de l'aliénation mentale. La paralysie générale est surtout fréquente chez eux. Il n'est pas rare non plus d'observer dans les rangs de l'armée certaines formes de folie épidémique, surtout la *nostalgie* et le *suicide*.

Dans les *professions libérales*, ce sont les hommes de loi, les ecclésiastiques, les médecins, les écrivains, les artistes qui paraissent payer le plus large tribut à la folie. Suivant une croyance généralement répandue, les Aliénistes et, en général, toutes les personnes qui vivent au contact des aliénés, auraient une tendance à devenir fous, sous l'influence de ce contact. C'est là, nous n'avons pas besoin de le dire, une erreur populaire, car le contact des aliénés ne peut agir que sur des esprits déjà prédisposés.

Dans les *professions manuelles*, les gens les plus exposés à la folie sont les ouvriers qui travaillent dans des substances toxiques ou dangereuses, surtout dans

l'alcool, ceux qui sont exposés à de fortes chaleurs comme les chauffeurs, les mécaniciens, les cuisiniers, les ouvriers des usines, etc...

Éducation. — Une éducation vicieuse, trop rigide ou trop débonnaire, comme aussi trop hâtive et trop précoce, peut faire naître chez l'enfant certaines tendances à l'aliénation, ou, ce qui est plus fréquent, développer certains germes déjà existants. Aussi l'éducation des prédisposés et des enfants d'aliénés offre-t-elle des indications spéciales et des règles à part.

Causes occasionnelles

1° Causes morales

Passions. Émotions. Imitation. — L'action des causes occasionnelles, morales ou physiques, sur le développement de la folie est incontestable, mais elle ne doit pas être exagérée, et il faut bien savoir que sans une prédisposition déjà existante, sans le secours de la *semence* et du *terrain*, comme dit M. Ball, cette action resterait inefficace.

Parmi les causes occasionnelles, les causes morales tiennent la première place, et, parmi celles-ci, les *passions* et les *émotions* qui les résument toutes, en définitive. Les passions dépressives ont une action bien plus puissante que les passions gaies. Celles qui agissent surtout sont les émotions violentes, la terreur, le choc moral qui résulte d'un attentat à la pudeur, l'impression des premiers rapports du mariage (folie

post-connubiale), la perte d'une femme aimée, les chagrins d'amour, les préoccupations qu'entraînent la misère, les émotions mystiques outrées, mais surtout les chagrins domestiques et les revers de fortune. Pour si brusque et si imprévue que soit l'action de ces causes, il est bien rare, comme on le croit généralement à tort dans le public, que la folie se manifeste immédiatement, au moins dans toute son intensité.

Quant à *l'imitation*, elle peut avoir une certaine action sur certains esprits faibles, en quête d'une influence occasionnelle. Elle peut s'exercer à la fois sur un grand nombre d'individus, comme dans les fameuses épidémies de folie du Moyen-Age et comme cela arrive encore sous l'influence des récits que font les journaux de certains crimes ou suicides ; d'autres fois, elle se circonscrit à une sphère plus restreinte, et se limite à l'intimité de la famille et du foyer (folie à deux).

Emprisonnement cellulaire. — Comme l'a dit Lélut, la fréquence plus grande de la folie dans une population criminelle et condamnée est un fait désormais acquis à la science comme à la loi. Mais, s'il est vrai de dire que l'emprisonnement, surtout cellulaire, exerce une certaine influence sur l'état mental des détenus, il faut reconnaître que, le plus souvent, la véritable cause de la folie pénitentiaire réside non dans la prison, mais dans les prisonniers qui souvent étaient aliénés ou sur le point de le devenir au moment de leur condamnation, et qui, d'ailleurs, se recrutent le plus souvent parmi les demi-imbéciles, les

pervers, les mal équilibrés. Il y a même une tendance à l'heure actuelle, à considérer à priori les criminels comme des anormaux et des irresponsables.

2° Causes physiques

A. *Causes locales*

1° Directes. — Des chocs sur la tête peuvent devenir le point de départ de la folie, et même, dit-on, de la paralysie générale. Il en est de même des maladies des os du crâne, des tumeurs cérébrales, de l'érysipèle du cuir chevelu, surtout de l'inflammation de l'oreille moyenne et interne. Une mention spéciale, parmi ces causes, doit être réservée à l'insolation qui, dans certains pays, est une source fréquente de folie.

2° Sympathiques. — Certaines causes physiques locales déterminent la folie non plus par une action directe sur le cerveau, mais à distance et par contre-coup : d'où le nom de *folie sympathique* ou par *consensus* donné à la folie qu'elles engendrent. Les principales de ces causes sont : les processus physiologiques et pathologiques de l'appareil génital (puberté, menstruation, ménopause, grossesse, affections des organes génitaux), les maladies des viscères abdominaux, la présence de vers dans l'intestin etc. La plupart des auteurs rangent aussi parmi ces causes les affections du cœur et la phthisie pulmonaire.

B. *Causes générales*

Anémie. Cachexie. Diathèses. Fièvres. — La *chlo-*

rose et l'anémie, en délibitant l'organisme et le cerveau, favorisent le développement de la folie. Les pertes séminales excessives et l'onanisme paraissent agir de la même façon. Quant aux *diathèses* telles que les diathèse arthritique, dartreuse syphilitique, rhumatismale, goutteuse, etc., elles ont aussi une action sur le développement de la folie, soit qu'elles occasionnent directement des lésions dans le cerveau, soit que la folie survienne pendant une de leurs phases aiguës, ou après la disparition d'une de leurs manifestations cutanées ou autres, comme par une espèce de métastase.

Parmi les *fièvres*, la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente constituent deux facteurs plus ou moins importants de la folie. On a vu cette dernière également succéder au choléra. Il est moins rare de la voir survenir soit pendant le cours, soit au déclin de certaines affections aiguës telles que la pneumonie, la variole, l'érysipèle, etc.

C. *Causes physiologiques*

La puberté, la menstruation, l'âge critique, la grossesse, l'accouchement, la lactation, etc., s'accompagnent très souvent de troubles intellectuels qui, dans certains cas, peuvent aboutir à la folie. Cette folie est rangée, d'habitude, parmi les folies sympathiques.

D. *Causes spécifiques*

Un certain nombre de substances toxiques, qui ont

une action manifeste sur le système nerveux, peuvent donner naissance à la folie. Les plus actives parmi ces substances, au moins en Europe, sont l'alcool, dont les ravages sont surtout effrayants, en France, dans les grandes villes du Nord, le plomb, l'opium, le tabac, le haschisch, enfin la morphine, qui, depuis quelques années, devient le poison à la mode, surtout chez les femmes nerveuses.

§ III. — DIAGNOSTIC.

La question du diagnostic en aliénation mentale, comprend deux parties bien distinctes : le diagnostic, au point de vue théorique, ou scientifique, et le diagnostic au point de vue clinique, ou pratique. Nous ne nous occuperons ici que du premier ; le second fera plus tard l'objet d'un chapitre spécial.

Le diagnostic, en aliénation, se compose de deux termes : 1° *la constatation de l'état d'aliénation mentale ;* 2° *la constatation de la forme de cette aliénation mentale.*

1° Généralement, il est assez facile pour le médecin, car le public, lui, ne s'y trompe que trop souvent, de différencier un être déraisonnable d'un homme sain d'esprit, et, ordinairement, pour si cachée que soit l'altération intellectuelle, elle finit par se trahir dans la manière d'être, les paroles, les actes, les écrits ou les habitudes de l'individu. L'existence d'un trouble mental constatée, il s'agit de savoir si ce trouble est feint ou réel, en un mot si l'on ne se trouve pas en face

d'un cas de *simulation*. (Les moyens pratiques de résoudre ce problème seront indiqués au chapitre de la pratique médico-légale de la folie.) L'hypothèse de la simulation une fois écartée, il reste à déterminer si le trouble psychique constitue véritablement un état d'aliénation mentale, soit qu'il ne dépasse pas les limites de la simple excentricité ou *semi-aliénation*, soit qu'il s'agisse par exemple d'un *délire fébrile*, lié à une maladie aiguë. En ce qui concerne le premier cas, la difficulté n'est grande que dans la zone frontière ou mitoyenne, dont les limites sont souvent indécises ; là, une grande habitude peut seule permettre de résoudre la question et de préciser où s'arrête l'*excentricité* et où commence l'*aliénation mentale*. D'une façon générale, le critérium de la vraie folie consiste dans la perte du *libre arbitre* ; son appréciation ne laisse pas cependant que d'être parfois assez difficile. Quant au second cas, il est aisé, en général, de distinguer le *délire fébrile* du *délire vésanique*, non seulement parceque le premier se lie d'habitude à une affection aiguë dont la coïncidence est bien faite pour appeler l'attention, mais aussi, parce que ses caractères ne sont plus les mêmes. Le délire fébrile est brusque, aigu, transitoire, intermittent ou rémittent : il est aussi plus bruyant, plus incohérent, plus décousu ; les malades, suivant l'expression populaire, battent la campagne ; ils marmottent entre leurs dents des mots inintelligibles (mussitation). Cette distinction entre le délire fébrile et le délire vésanique est à ce point évidente que chez certains aliénés, lorsqu'il survient une maladie aiguë, cette complication ne se tra-

duit pas, d'habitude, par une recrudescence du délire existant déjà chez le malade, mais par l'apparition d'un nouveau délire, parfaitement reconnaissable à ses caractères pour un délire fébrile, et qui parfois se substitue au délire vésanique. J'ai eu l'occasion d'observer ce fait chez deux paralytiques généraux, atteints d'érysipèle à la face et de pneumonie, et je sais que M. Christian a également récemment signalé le fait. Il peut arriver, malgré tout, que le délire fébrile soit méconnu, lorsqu'il précède, par exemple, l'explosion des symptômes d'une fièvre typhoïde ou d'un rhumatisme articulaire aigu, et qu'il soit pris pour un accès de folie commençante ; aussi, ne faut-il jamais perdre de vue ces deux indications capitales : 1° expectation attentive dans le cas où l'on voit survenir brusquement un délire accompagné de fièvre ; 2° examen minutieux et répété de l'état général et des différents organes chez les malades dont l'état inspire quelques doutes.

2° Le diagnostic ne doit pas se borner, comme nous l'avons dit, à constater l'existence de l'aliénation mentale; il doit encore déterminer la *forme* de l'aliénation mentale.

La solution de cette seconde partie du problème nécessite, on le comprend, la connaissance des diverses maladies mentales, et ne peut être indiquée, par conséquent, avant la description de ces diverses maladies, c'est-à-dire avant la pathologie spéciale. Nous nous bornerons donc, pour l'instant, à indiquer les points à résoudre successivement, renvoyant au chapitre du diagnostic pratique pour les détails que cha-

cun d'eux comporte. — Pour arriver méthodiquement à la détermination exacte de la forme d'une maladie mentale, il faut rechercher successivement : 1° s'il existe un état *d'aliénation mentale* proprement dite, c'est-à-dire une *altération du fonds intellectuel;* 2° s'il existe un *état de folie*, c'est-à-dire une *altération du fonctionnement* de l'intelligence ; 3° si la *folie est généralisée* ou *partielle*, et à quelle variété de folie généralisée ou partielle elle appartient ; 4° enfin, dans le cas où il s'agit d'une folie généralisée, si on a affaire à une *folie simple*, ou à une *folie symptomatique* d'un autre état morbide.

En outre de ces divers points, le diagnostic comporte encore la détermination du type d'évolution de la maladie, et, dans le cas où il survient un amendement des symptômes dans le cours d'une folie déjà existante, l'appréciation de cette amélioration, c'est-à-dire la distinction entre la guérison réelle, la guérison apparente, l'intervalle lucide, l'intermission et la rémission. Mais ces particularités appartiennent plutôt au Pronostic, à la Marche et à la Terminaison de l'Aliénation mentale que nous allons maintenant passer en revue.

§ IV. — MARCHE.

Distinction de la folie en Aigue et Chronique. — L'aliénation mentale, quoique affection à évolution lente et le plus souvent chronique, peut se présenter à l'état *aigu* ou à l'état *chronique* proprement dit.

Les aliénations que nous étudierons plus loin sous

le nom d'aliénations constitutionnelles, sont des états durables et permanents. Quant aux folies ou aliénations fonctionnelles, une seule classe, celle des folies généralisées, peut revêtir la forme aiguë; la seconde, celle des folies partielles est essentiellement chronique d'emblée. La distinction des folies en *aiguës* et *chroniques* est des plus importantes, car les premières seules sont curables; d'où il résulte à priori que les folies généralisées sont seules susceptibles de guérison.

Début de la Folie. — La folie chronique *débute* toujours d'une façon lente et progressive. Quant à la folie aiguë, si elle peut dans certains cas exceptionnels éclater subitement, il est bien plus fréquent de la voir s'établir par une série de transitions graduelles. Quelles que doivent être sa marche et sa forme ultérieures, la folie est le plus souvent précédée d'une période de malaise et de tristesse plus ou moins marquée, qui constitue parfois un véritable stade de mélancolie.

Passage a l'état chronique. — Les folies aiguës peuvent passer, au bout d'un certain temps, à l'*état chronique;* à dater de cet instant, elles cessent d'être curables. Le moment précis où un accès de manie ou de mélancolie passe à l'état chronique est très difficile à déterminer, et cependant, ce point a, en pratique, une importance capitale. L'absence de rémission dans la maladie, la persistance et l'uniformité des conceptions délirantes, la transformation du caractère aigu de l'excitation ou de la dépression en caractère subaigu, certaines colorations terreuses ou bronzées que prend la peau, mais surtout le retour isolé des

forces et de l'embonpoint, qui tranche avec le défaut d'atténuation des troubles intellectuels et semble indiquer que le physique, cessant d'être solidaire du moral, commence désormais une vie à part, indépendante, tels sont les signes qui permettent, en général, de se prononcer d'une façon à peu près certaine.

Différents types d'évolution de la folie. — La folie est *continue* ce qui s'observe surtout dans les accès aigus, francs et curables, ou *rémitentte* ou *intermittente*, ce qui a lieu de préférence dans les formes chroniques, héréditaires et incurables. Le type rémittent est le plus commun.

Rémission. — La *rémission* est une *atténuation des symptômes de la maladie*. Elle peut survenir soit dans le cours même d'un accès de folie, qui prend de ce fait une allure spéciale, soit à la fin d'un accès, comme signal d'une guérison prochaine, soit enfin entre deux accès qu'elle unit par une sorte de transition pathologique. La rémission est plus ou moins marquée, mais pour si profonde qu'elle soit, elle n'est qu'une atténuation et non une disparition des symptômes qui continuent à persister à un degré quelconque. C'est ce caractère qui la différencie de l'intermission, de l'intervalle lucide et de la guérison.

intermission ou intermittence. — L'*intermission* ou *intermittence est un retour complet à l'état normal compris entre deux accès de folie*. Les folies caractérisées par le retour régulier d'accès séparés ainsi par une intermission portent le nom d'*intermittentes*.

De ce nombre sont la manie intermittente, certaines variétés de folie à double forme etc.

Intervalle lucide. — L'*intervalle lucide est la suspension temporaire et complète des symptômes de la folie.* Il diffère de la rémission en ce qu'il n'est pas une simple atténuation mais une disparition complète des symptômes, et de l'intermission, en ce qu'il ne sépare pas deux accès différents, mais qu'il interrompt seulement, comme une lueur momentanée, le cours du même accès.

Toutes ces particularités de la marche des maladies mentales, mises surtout en lumière par M. Doutrebente dans un travail spécial, ont une importance considérable en médecine légale.

§ V. — DURÉE.

Durée de la folie suraiguë. folie transitoire. — La folie est une maladie dont l'évolution est rarement rapide. Ce n'est que dans quelques formes particulières, comme le *délire aigu* et la *folie transitoire* que sa durée se limite à quelques jours. Le plus souvent, elle embrasse un temps plus ou moins long, même dans les cas aigus.

Durée de la folie aigue. — Il est très rare qu'un accès de manie franche dure moins d'un mois ; il en est de même de la mélancolie aiguë. Ordinairement, c'est du deuxième au douzième mois que la guérison se manifeste, si elle doit survenir.

Durée de la folie chronique. — Quant aux formes

chroniques et *incurables* de l'aliénation mentale, elles ont d'habitude une durée très longue. Certaines manies, et surtout les folies partielles sont, pour ainsi dire, interminables. Il n'est pas très rare de rencontrer, dans les asiles d'aliénés, de vieux vésaniques toujours délirants, vivant là depuis 30, 40 ans, et même plus.

§ VI. — TERMINAISON. — COMPLICATIONS

Les trois terminaisons possibles de l'aliénation mentale sont : la GUÉRISON, L'INCURABILITÉ et la MORT.

GUÉRISON. — La *guérison*, qui n'a lieu que dans les formes aiguës, peut survenir de plusieurs façons différentes : 1° *brusquement*, instantanément, ce qui est une terminaison peu franche et plus spéciale aux folies intermittentes et aux malades héréditaires; 2° par *une série d'oscillations graduelles* aboutissant au retour complet de l'état normal ; 3° par *une diminution progressive* des symptômes. Ces deux derniers modes de guérison sont assez fréquents, et, le plus souvent, de bon aloi.

INCURABILITÉ. — L'*incurabilité* peut être *primitive*, comme dans les aliénations constitutionnelles, les folies généralisées chroniques et les folies partielles, ou *secondaire* et consécutive au passage des folies aiguës à l'état chronique, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

MORT. — La *mort* est quelquefois, — mais cela n'a guère lieu que dans certaines folies suraiguës, comme

le délire aigu, ou dans quelques autres affections, comme la paralysie générale, — la conséquence de la maladie mentale elle-même. Le plus souvent, elle est le résultat d'une complication ou d'une maladie incidente.

COMPLICATIONS. MALADIES INCIDENTES. CRISES. — D'une façon générale, la *mortalité* est plus fréquente chez les aliénés que dans le reste de la population. Mais l'équilibre se rétablit si l'on déduit du nombre des aliénés les paralytiques généraux, fatalement condamnés à mourir à brève échéance. Un fait plus curieux, c'est l'immunité quelquefois très grande dont jouissent les aliénés chroniques vis-à-vis des influences atmosphériques et des maladies accidentelles, endémiques ou épidémiques, et cela, malgré les imprudences inconscientes qu'ils commettent si fréquemment. Une autre particularité également curieuse, c'est l'action salutaire qu'exercent parfois sur la marche de la folie les *affections intercurrentes*, agissant ainsi par une sorte de dérivation. Cette action, qui constitue ce qu'on désigne sous le nom de *crise*, a été mise en lumière par Esquirol, qui est allé jusqu'à déclarer qu'il n'y avait de guérison sérieuse de la folie que celle qui s'opérait par crise. Enfin, il est reconnu que très souvent, les affections intercurrentes et, en général les maladies organiques affectent chez l'aliéné une marche oscillatoire ou même une forme fruste, torpide, qui fait qu'elles peuvent passer inaperçues et n'être reconnues qu'à l'autopsie. Les maladies incidentes les plus fréquentes dans la folie, en dehors des affections céré-

brales, sont les maladies de l'appareil respiratoire, la fièvre typhoïde, la diarrhée, les troubles de la menstruation, les maladies du cœur, de l'utérus, etc.

§ VII. — PRONOSTIC.

Le pronostic de la folie est un des points les plus importants de la pathologie mentale. Il se tire des caractères de la maladie et de certaines particularités relatives au malade lui-même.

Pronostic tiré des caractères de la folie. — De toutes les aliénations et de toutes les folies, les *folies généralisées*, c'est-à-dire la *manie* et la *mélancolie*, sont seules *curables*. Les *folies partielles* sont essentiellement chroniques et progressives ; elles ne *guérissent pas*, si ce n'est peut-être, *exceptionnellement*. Tout se limite donc au pronostic de la folie généralisée, qui, elle, guérit fréquemment. En effet, tandis qu'on ne compte guère qu'une guérison sur 8 ou 9 cas d'aliénation pris au hasard, cette proportion devient de 1 sur 3 cas, et même plus, si l'on exclut les maladies incurables.

D'une façon générale, plus la folie généralisée est *franchement aiguë*, plus le pronostic est favorable. Il en résulte que de toutes les formes de la folie, la *manie* et la *mélancolie aiguës* sont *les plus curables*. On dit même que la manie franche présente au moins 7 guérisons sur 10 malades. Bien entendu, il faut en exclure les folies suraiguës, à cause des complications fébriles.

Plus la manie ou la mélancolie sont *limitées* comme

généralisation et comme *intensité*, et *moins* elles sont *curables*. Plus la maladie a éclaté *brusquement* et plus vite elle atteint son apogée, plus elle présente de chances de *guérison*. Au contraire, plus la période d'incubation et de début a été *longue* et *traînante*, et plus la maladie sera *grave*.

D'autre part, si l'état d'excitation ou de dépression reste longtemps *stationnaire*, immobile, les chances de guérison seront moins grandes que s'il survient de temps à autre des *lueurs*, des moments de calme. De même, comme nous l'avons indiqué plus haut, le retour de l'*embonpoint* ne coïncidant pas avec une amélioration parallèle del'état mental, est un signe de fâcheux augure. Enfin, l'existence d'hallucinations persistantes, surtout de l'ouïe, la création de mots nouveaux, l'adoption, par le malade, d'un langage pathologique, d'un costume, d'une attitude spéciale, sa tendance à ramasser des objets, à en remplir ses poches, à s'en parer, sont autant d'indices d'incurabilité prochaine. Nous n'avons pas besoin de signaler les troubles de la menstruation, la ménopause, et l'existence des maladies incidentes, dont l'action, variable d'ailleurs, peut, dans certains cas, influer sur la marche du délire.

Plus la maladie mentale *dure*, et moins évidemment, elle est curable. C'est dans le premier semestre que les chances sont le plus grandes. Dans le second elles sont déjà deux fois moindres ; dans la deuxième année les chances de guérison tombent à environ un sixième du chiffre du premier semestre. Après la quatrième année, on peut les considérer comme à peu

près nulles et les cas que l'on a cités de guérisons plus ou moins tardives sont des faits absolument exceptionnels qui ne détruisent pas la règle.

La *cause* de la maladie influe également sur le pronostic. En général, une cause unique et accidentelle laisse après elle de grandes chances de guérison; les causes multiples ou permanentes ont une action toute opposée.

Pronostic tiré du malade lui-même. — L'*âge* du malade n'est pas indifférent pour le pronostic. Plus le sujet est jeune en général, et plus facilement il peut guérir. Le *sexe* a également quelque influence. La femme, en effet, guérit plus souvent que l'homme, ce qui tient surtout, chez elle, à la rareté de la paralysie générale. En revanche, elle est plus fréquemment sujette aux récidives. Mais la cause inhérente au malade qui influe le plus sur le pronostic est, sans contredit, l'absence ou l'existence de *prédisposition* ou d'*hérédité*. Non pas que les héréditaires ou les prédisposés guérissent moins facilement, mais parce que, chez eux, la guérison est rarement complète et définitive.

Rechutes. — D'après la plupart des auteurs, les *rechutes* se présenteraient dans la proportion de 12 ou 14 pour 100, et seraient surtout fréquentes dans la première année. Outre la prédisposition héréditaire, les rechûtes reconnaissent pour origine le retour des mêmes causes, les émotions trop vives, la misère, et, chez les aliénés indigents, les difficultés qu'ils éprouvent à se procurer du travail et à vivre à leur sortie des asiles. Le plus souvent, c'est la même forme de

folie qui se reproduit, parfois avec les mêmes caractères.

§. VIII. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La folie répond-elle, oui ou non, à des lésions matérielles ?

Pour résoudre cette question, il faut d'abord nettement délimiter le sujet et en exclure tout les états pathologiques, tels que alcoolisme, paralysie générale, névroses, etc., dans lesquels la folie n'entre qu'à titre de symptôme ou de complication.

1° ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE EN GÉNÉRAL. — Reste l'aliénation mentale proprement dite, comprenant les aliénations constitutionnelles et les aliénations fonctionnelles ou folies.

Les aliénations constitutionnelles, congénitales ou acquises, c'est-à-dire l'idiotie, l'imbécillité, le crétinisme, la démence, s'accompagnent, en général, d'altérations matérielles manifestes portant snr l'ensemble de l'individu et plus particulièrement sur le crâne et les centres nerveux. Ce sont, pour ne citer que les principales, l'absence et la faiblesse d'un organe,d'un sens ; la conformation vicieuse du crâne, l'asymétrie de la face, l'aplatissement des oreilles, la structure ogivale de la voûte palatine, le prognathisme, les anomalies des organes génitaux, l'impuberté et l'absence de poils ; la petitesse du cerveau, surtout l'absence ou l'amoindrissement de certaines régions ou circonvolutions, le ramollissement de certaines parties, etc., etc. Ici, il existe des lésions matérielles, souvent même grossières.

2° Anatomie pathologique de la folie. — Quant aux aliénations fonctionnelles, c'est-à-dire aux vraies folies, la question est plus délicate à résoudre, et, sur ce point, les opinions sont très divisées.

a. Folies aiguës. — Il paraît certain que dans la grande majorité des cas, les *folies aiguës* ne laissent pas de traces. Tout au plus peut-on supposer que les états maniaques ou d'excitation correspondent à une *hyperhémie* et les états mélancoliques ou de dépression à une *ischémie* de certaines régions du cerveau. Encore, ces désordres purement fonctionnels disparaissent-ils habituellement à l'autopsie, ce qui ne permet pas toujours de les constater. Il faut reconnaître aussi que dans un grand nombre de cas, l'hyperhémie et l'ischémie cérébrales, c'est-à-dire la congestion et l'anémie, sont impuissantes à provoquer la folie. Il faut donc avouer que les lésions échappent, et l'on connaît l'histoire de cette malade d'Esquirol qui, tuée à coups de sabot en pleine manie aiguë, par une autre malade, ne présenta aucune altération évidente à l'autopsie.

A côté des hyperhémies et des stases sanguines, on observe parfois dans les folies aiguës des *effusions séreuses*. On a même voulu faire de l'œdème cérébral la lésion caractéristique d'une forme particulière d'aliénation : la mélancolie avec stupeur. On trouve aussi, parfois, de petites *hémorrhagies*, les unes méningées, les autres corticales.

b. Folies chroniques — Si les autopsies de folie aiguë sont le plus souvent négatives, il n'en est pas de même, au moins en général, des folies chroniques.

Souvent, cette maladie laisse son empreinte sur la

forme extérieure du cerveau. C'est une atrophie de certaines régions, un aplatissement des circonvolutions cérébrales, surtout à la partie antérieure, des lacunes, des pertes de substances remplies d'un liquide trouble. On a noté aussi l'irrégularité de la 1re et 2e frontales, l'hypertrophie du lobe paracentral, l'élargissement des sillons, etc. Le poids du cerveau est presque toujours diminué ; de plus, contrairement à ce qui a lieu habituellement, l'hémisphère droit paraît l'emporter le plus souvent sur l'hémisphère gauche.

Comme *troubles circulatoires*, on peut rencontrer l'athéromasie artérielle, l'état variqueux et la dégénérescence graisseuse des capillaires, des altérations vasculaires de la pie-mère avec injection de son réseau, de petites apoplexies, des ecchymoses sous-méningées, des varicosités des vaisseaux, des taches laiteuses, un épaississement des membranes, des adhérences des méninges entre elles et à la substance corticale, des hématomes de la dure-mère, etc., etc.

Comme *lésions cérébrales* proprement dites, on observe surtout la dégénérescence des cellules et des tubes nerveux, la sclérose de la névroglie et sa prolifération plus ou moins grande, des altérations vasculaires des couches opto-striées, de la protubérance et du bulbe, le ramollissement ou la sclérose de certaines origines nerveuses etc., etc.

Au point de vue *chimique*, on croit que la quantité d'eau que renferme l'encéphale est plus considérable chez l'aliéné, et que la proportion des matières grasses

y est au contraire plus faible. Quant au phosphore, les résultats sont restés négatifs.

§ IX. — TRAITEMENT.

Le traitement de l'aliénation mentale comprend le traitement *prophylactique* ou *préventif* et le *traitement direct* ou *curatif*. —

1° TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Le *traitement préventif* consiste à prévenir la folie chez les individus qui y sont prédisposés. On ne saurait formuler de règles précises à l'égard de cette prophylaxie, qui consiste surtout dans les ressources d'une saine hygiène et d'une direction morale prudente.

Veiller, d'une façon spéciale, sur l'enfance des prédisposés, les conduire avec fermeté et douceur, ne pas les gâter, les éloigner d'un travail intellectuel excessif, retarder leurs études, d'autant qu'ils sont parfois d'une précocité surprenante ; combattre leurs mauvaises tendances et leurs mauvais instincts, leurs passions naissantes ; leur donner de préférence la vie calme et tranquille des campagnes, leur faire faire des exercices physiques, leur éviter les émotions morales violentes ; plus tard, les prémunir contre leur tendance aux excès, à l'existence irrégulière, à la débauche ; les éloigner du mariage ou, au contraire, les y appeler dans certains cas où il paraît devoir exercer sur eux une influence heureuse ; veiller attentivement, chez les femmes, à l'évolution des grands événements

de la vie génitale, puberté, menstruation, grossesse, ménopause ; enfin, pour atténuer dans une certaine mesure chez les descendants l'effet de l'hérédité, interdire certaines unions et favoriser les croisements heureux : tels sont les principes généraux qui doivent guider dans le traitement préventif de la folie. Chaque cas, d'ailleurs, comporte des indications spéciales, dont il faut tenir compte.

2° TRAITEMENT CURATIF

Le traitement curatif de l'aliénation mentale comprend 1° le *traitement moral ;* 2° le *traitement physique.*

A. *Traitement moral*

Le traitement moral se compose surtout de l'*isolement*, de la *direction morale*, des *occupations*, des *distractions*, des *voyages*, etc.

Isolement. — L'*isolement*, constitue, dans la plupart des cas, la base même du traitement de la folie. Quelles que soient les objections, surtout d'ordre sentimental, qu'on puisse faire à la mise en pratique de ce principe, il n'en reste pas moins l'élément capital de la cure des maladies mentales, et on peut presque ériger en loi cette formule : « La folie ne guérit jamais bien dans le milieu et l'entourage où elle a pris naissance ». Il faut donc considérer l'isolement, non seulement comme une mesure de sécurité à laquelle on n'a recours qu'à la dernière extrémité, mais comme le moyen curatif le plus puissant et le plus efficace dont on puisse disposer.

Il existe plusieurs façons de pratiquer l'isolement, qui varient suivant l'état du malade et sa position sociale. Le premier est le placement dans un établissement spécial, asile d'aliénés ou maison de santé. Dans la grande majorité des cas, c'est à cette mesure radicale qu'il faut avoir recours et les atermoiements, les temporisations plus ou moins prolongées ne font, le plus souvent, qu'aggraver l'état du malade et démontrer la nécessité de plus en plus impérieuse de la séquestration. C'est parce que beaucoup de familles attendent et reculent de jour en jour devant le placement de leurs malades que les crimes ou les scandales commis par les aliénés sont encore si fréquents, et, c'est aussi pour la même cause, qu'un certain nombre d'affections mentales qui, traitées à temps dans les asiles, eussent pu guérir, sont devenues incurables. Dans l'intérêt de l'aliéné comme dans l'intérêt de la société, il convient donc de recourir d'aussi bonne heure que possible à l'isolement dans un établissement spécial. Là, le malade subit presque malgré lui, dès son entrée, les effets salutaires d'une bonne hygiène, d'une règle fixe, d'une discipline, d'une hiérarchie, dont il a constamment des exemples sous les yeux, en même temps qu'il se trouve entre les mains de médecins spéciaux, expérimentés, plus à même qu'aucun autre de diriger d'une façon rationnelle le traitement de son affection. La plus grande erreur du public en dehors de l'injuste prévention qu'il nourrit, par tradition, contre les maisons d'aliénés, est de s'imaginer que la séquestration produit un effet moral désastreux sur le malade, et que son affection peut

s'aggraver sous l'influence de la privation de sa liberté et surtout sous l'influence du contact des autres insensés. L'influence de ce milieu spécial est, au contraire, des plus favorables et la séquestration, subie ou non, produit toujours un effet salutaire. Ce qui le prouve mieux que tout, c'est que certaines folies, amendées et mêmes guéries dans un établissement d'aliénés, reparaissent aussitôt après le retour des malades dans leurs familles, et ne s'amendent à nouveau que sous l'influence d'une nouvelle séquestration. Quant à la question de liberté individuelle, autour de laquelle on fait souvent grand bruit, il faut avouer qu'elle est habituellement hors de cause et que les aliénés *vraiment guéris* sont les premiers à reconnaître plus tard la nécessité de la mesure qui a été prise envers eux.

Un autre mode d'isolement consiste à placer le malade soit chez des colons, soit dans une maison de campagne organisée à cet effet, et plus ou moins calquée sur le système des maisons de santé. Ces moyens ne peuvent être employés que dans les cas où le malade n'est pas absolument dangereux; ils sont d'ailleurs fort coûteux et loin d'être à la portée de toutes les positions de fortune. Quel que soit le mode d'isolement adopté, son *principe même réside dans l'éloignement du malade de sa famille et de son milieu habituel.* Dans leur généreuse ignorance, les parents sont presque toujours convaincus que rien ne saurait remplacer leur dévouement et leur affection, alors que leur contact et les soins dont ils entourent le malade sont, au contraire, un aliment de plus à son délire. Aussi, ne peuvent-ils comprendre, en général, ni accepter

la séparation conseillée par le médecin, et surtout l'abstention de toute visite.

Quant à la question de la durée de l'isolement, elle ne peut être tranchée d'une façon absolue. En principe, il vaut mieux attendre que la guérison soit certaine que de procéder à une sortie prématurée de l'asile. Il existe du reste, à cet égard, un moment psychologique à saisir qu'il ne faut ni devancer ni dépasser outre mesure, pour obtenir un bon résultat de la cessation de l'isolement.

Direction morale. — La *Direction morale*, est, avec l'isolement, un des éléments les plus importants de la cure de la folie. Elle ne doit appartenir qu'au médecin, seul en mesure par sa situation, sa profession, son autorité et son caractère de la mener à bien. La direction morale consiste donc, en fin de compte ,dans l'action morale que le médecin exerce ou fait exercer sur le malade dans le but d'arriver à la guérison. Toutes les affections mentales ne comportent pas, à cet égard, les mêmes indications, et il en est qui sont plus particulièrement susceptibles d'être influencées par ce mode de traitement. De ce nombre est la mélancolie, dans laquelle la direction morale joue effectivement un rôle capital.

L'action médicale s'exerce de façon bien différente suivant les cas, et elle demande un tact, une habileté, un savoir-faire qui ne s'acquièrent qu'au prix d'uue longue habitude. On peut dire sans exagération que le médecin, par sa seule présence et l'action morale dont il dispose vis-à-vis de son malade, influe beaucoup sur sa guérison. Il faut voir, dans les asiles, avec

quelle impatience la visite du médecin est attendue, quelle heureuse impression ses encouragements et ses conseils produisent chez certains mélancoliques, pour se rendre compte de l'influence qu'il peut avoir. Règle générale, le médecin doit témoigner la plus grande politesse et la plus grande sympathie à ses malades. Pour si absorbés qu'ils soient, en effet, par leur délire, les aliénés sont toujours sensibles aux prévenances et aux marques d'intérêt qu'on leur prodigue, et c'est là un des meilleurs moyens de gagner leur bienveillance et de s'emparer de leur esprit. Il faut les écouter, les traiter avec autorité quoique avec douceur ; leur faire sentir qu'ils ont dans leur médecin, un conseiller, un appui moral ; ne pas se moquer ouvertement de leurs conceptions même les plus dèraisonnables, ni les heurter trop carrément de front ; se garder cependant de les approuver et de considérer leur délire comme l'expression de la réalité ; les encourager lorsqu'Ils commencent à douter et faire pénétrer peu à peu la vérité dans leur esprit ; dans certains cas, lorsque leur obstination, leur indocilité, leur persistance dans une idée fixe ou l'accomplissement d'un acte morbide l'exigent, changer d'attitude, faire acte d'autorité, se montrer sévère, et essayer de l'intimidation, sans toutefois en venir jamais aux procédés violents. Tous ces moyens sont excellents et ont une grande valeur entre les mains de médecins expérimentés ; mais ce sont des armes à deux tranchants qu'il ne faut employer qu'avec prudence et à bon escient. On sait que Leuret avait fait du raisonnement et de l'intimidation la base d'un traitement systéma-

tique qu'il appelait *traitement moral*. Ce traitement consistait, en fin de compte, à *convaincre de gré ou de force* l'aliéné de ses erreurs. Érigé en principe unique, ce système n'est évidemment pas acceptable et, d'ailleurs, il n'est guère susceptible de produire des résultats bien satisfaisants. On rebute ainsi les malades, on les humilie, on les aigrit, on les oblige à se reconnaître malades sans les convaincre ; on les place en un mot, dans la situation de ces patients qu'on forçait autrefois par la douleur à s'avouer coupables bien qu'ils fussent innocents. Car il faut ne pas connaître les aliénés pour ne pas savoir que leurs erreurs ne sont pas de celles qu'on arrache de vive force, et qu'il faut les laisser s'user elles-mêmes et disparaître spontanément.

Occupations. Distractions. Spectacles. Voyages. — Des occupations variées, des travaux peu pénibles et récréatifs, des distractions de toutes sortes, des spectacles, de la musique, des visites, organisés à propos et adaptés à l'état du malade, sont aussi des moyens excellents et qui complètent utilement le traitement moral. Quant aux voyages, ils peuvent avoir une heureuse influence, surtout dans certains cas de mélancolie et au début de quelques maladies mentales, à titre de diversion. Mais ils ne sauraient convenir à tous les cas indistinctement, et on ne doit y avoir recours qu'avec prudence.

B. *Traitement physique*

Le traitement physique de l'aliénation mentale comprend : le *traitement hygiénique* et le *traitement*

médical proprement dit, divisé en *interne* et *externe*.

1° Traitement hygiénique. — Le traitement hygiénique de la folie se compose des règles habituelles de l'hygiène concernant les vêtements, l'habitation, le coucher, l'alimentation, etc.

Les vêtements des aliénés ne comportent pas d'indication spéciale, si ce n'est qu'ils doivent être amples et larges, et surtout ne pas comprimer les vaisseaux du cou, en raison des congestions possibles, surtout chez certains malades. L'habitation étant en général un établissement d'aliénés, nous n'avons pas besoin d'indiquer ici les règles bien connues qui doivent présider à leur construction et à leur aménagement ; rappelons seulement que les chambres des malades doivent être saines, bien aérées, modérément chauffées et, autant que possible, au rez-de-chaussée. L'alimentation doit être saine, tonique et réparatrice ; les excitants et surtout le vin et les alcooliques, sans être proscrits d'une façon absolue, doivent être employés avec modération. Chez les paralytiques généraux, surtout dans les dernières périodes, on ne donnera que des aliments coupés menu et des viandes hachées pour éviter l'asphyxie. Quant au coucher, il ne présente rien de spécial, si ce n'est chez les gâteux qui nécessitent des soins particuliers de propreté. Il faut seulement tâcher, autant que possible, de régulariser les heures de repas des aliénés, et les amener à se coucher de bonne heure et à se lever tôt.

2° Traitement médical interne. — Le traitement médical interne de la folie, n'est autre que le traitement *pharmaceutique*. Nous devons nous borner ici

à l'énumération des principaux médicaments employés chez les aliénés.

Purgatifs. — En première ligne, viennent les purgatifs, en usage de tout temps dans la cure de l'aliénation. Les purgatifs sont employés soit pour combattre la constipation, si fréquente chez les aliénés, soit pour opérer une révulsion sur le tube intestinal. On peut se servir à peu près indistinctement de tous les genres de purgatifs; cependant, les pilules à base d'aloès sont en général préférables, surtout lorsqu'on veut congestionner le rectum et même rétablir un flux hémorroïdaire disparu.

Émissions sanguines. — La saignée, très en usage autrefois, est tombée aujourd'hui en désuétude comme on le sait; on lui préfère, toutes les fois qu'il paraît nécessaire de provoquer une émission sanguine, l'application de sangsues, soit à la tête, soit à l'anus.

Calmants. — Les calmants sont les médicaments les plus employés. L'opium et la morphine peuvent être donnés sous toutes les formes, mais ils congestionnent parfois le cerveau et produisent, par suite, un effet tout opposé à celui qu'on en attend. Ils sont plutôt indiqués, par conséquent, dans la mélancolie que dans la manie. Le chloral et le bromure déterminent de meilleurs effets et produisent le sommeil. Une des meilleures préparations calmantes dans la folie, est l'association du chloral et des bromures alcalins.

On peut encore ranger parmi les calmants le tartre stibié, très usité en Angleterre comme dépressif, l'alcool, employé également comme stimulant, surtout

chez les alcooliques, enfin la belladone et la digitale, dont l'emploi est surtout indiqué dans le cas où les fonctions circulatoires sont troublées.

Toniques. Anti-périodiques. — Les toniques, tels que quinquina, arsenic, alcool, ferrugineux, amers, ont une grande utilité chez les aliénés, souvent sujets à l'anémie. Le sulfate de quinine a été préconisé dans certaines folies périodiques et notamment dans la folie à double forme et la folie liée à la fièvre intermittente, où il a paru donner quelques bons résultats.

Stimulants diffusibles. — Les stimulants diffusibles tels que le thé et le café sont en général peu utiles.

Haschisch. Emménagogues, etc. — Quant aux autres médicaments en usage, ils tirent surtout leur indication de circonstances particulières. C'est ainsi qu'on a employé, sans grand succès, le haschisch contre les hallucinations, et, avec plus de raison, les emménagogues dans le cas de troubles menstruels.

3° Traitement médical externe. — *Hydrothérapie. Bains.* — Le traitement médical externe se compose en premier lieu des bains et des douches qui jouent un certain rôle dans le traitement des maladies mentales. Ce sont, en effet, des moyens excellents, mais dont il ne faut user qu'avec réserve. Pour le public, et même pour quelques médecins, l'emploi de l'eau et surtout de l'eau froide constitue le spécifique de la folie et, qui dit aliénation dit, pour eux, *hydrothérapie*. Or, c'est là une pratique détestable, car, si les douches peuvent être utiles dans certaines affections, telles que la mélancolie, où il s'agit de secouer et de réveiller l'or-

ganisme endormi, il n'en est plus de même dans les affections mentales, très nombreuses, qui s'accompagnent d'un état plus ou moins marqué d'hyperhémie cérébrale. Dans tous ces cas et notamment dans la paralysie générale, même au début, les douches d'eau froide sont plutôt nuisibles et dangereuses qu'utiles. Quant aux *bains*, il n'en est pas de même, et il est peu de cas où ils ne trouvent leur emploi en médecine mentale. Rien ne réussit mieux en particulier pour calmer les grandes agitations que des bains quotidiens, prolongés pendant plusieurs heures, quelquefois pendant une journée tout entière. Il faut toujours avoir soin, chez les aliénés, de pratiquer des affusions d'eau froide sur la tête pendant toute la durée du bain dont la température ne doit pas, en général, dépasser 28° à 32° centig. Les Anglais et M. Ball ont préconisé également chez les agités, l'emploi de *bains sinapisés* c'est-à-dire de bains tièdes auxquels on ajoute 1 kilog. de farine de moutarde. Ces bains sinapisés m'ont paru mieux réussir chez les mélancoliques, chez lesquels ils contribuent à rétablir la circulation périphérique et amènent, quoique parfois au bout d'un temps assez long, une rubéfaction salutaire de la peau. On peut aussi leur adjoindre, dans le même but, des *frictions* sèches ou humides, l'enveloppement dans le drap mouillé, etc., etc. Il faut être plus réservé en ce qui concerne les *bains de mer* et surtout les *bains sulfureux* qu'on a vus souvent, après une saison intempestive, amener une recrudescence des troubles cérébraux, surtout dans le cas où il existait un exanthème.

Électricité. — L'électricité est peu employée en

aliénation mentale ; on s'en sert quelquefois, dans les cas de stupeur, pour essayer de réveiller la sensibilité, ou dans la sitiophobie, pour déterminer, au moyen du courant, l'ouverture de la bouche et des mouvements de déglutition.

Révulsifs. — Les révulsifs ne sont peut-être pas employés assez fréquemment. En présence des heureux résultats que détermine l'apparition spontanée des suppurations, chez les aliénés, on est en droit de conclure à l'efficacité de la révulsion artificielle. La *révulsion à la nuque*, sous forme de vésicatoire permanent, de séton, de pointes de feu au thermo-cautère, a été souvent suivie de succès notamment dans certains cas de paralysie générale au début. Quant aux *frictions stibiées* sur le cuir chevelu préconisées par certains auteurs, toujours dans la paralysie générale, elles sont inefficaces et par dessus tout très douloureuses.

On a encore conseillé d'autres moyens, tels que l'action de la lumière colorée, l'obscurité, le balancement dans un lit suspendu etc, qui sont à peu près abandonnés aujourd'hui.

Il nous reste encore à parler , pour terminer ce qui a trait au traitement médical externe, de l'alimentation forcée des aliénés, des moyens de contention et du *no-Restraint*.

Alimentation forcée. — Il existe un certain nombre d'aliénés qui refusent absolument de prendre toute nourriture et qu'on est obligé d'alimenter de force. Ces malades sont les *sitiophobes*. Leur refus d'aliments porte le nom de *sitiophobie* et la réunion des procédés

employés pour les nourrir de force, celui *d'alimentation forcée.*

La sitiopobie tient, chez les aliénés, à diverses causes que nous énumérerons en traitant des formes de folie dans lesquelles on la rencontre. Bornons-nous à dire, dès maintenant, qu'elle n'est ni constamment ni unique ment la conséquence immédiate du délire. L'élément physique, c'est-à-dire une perturbation quelconque des fonctions organiques, digestives surtout, en est bien plus souvent la cause. Dans certains cas, ce trouble physique est suffisant, à lui seul, pour provoquer l'anorexie ; dans d'autres, il n'est, il est vrai, que très léger, mais alors il peut servir de base au malade pour l'édifice de conceptions délirantes nouvelles et devient encore quoique indirectement, le point de départ du refus d'aliments. Enfin, la sitiophobie peut être uniquement d'origine intellectuelle. Le refus d'aliments est plus spécial à certaines formes de folie telles que la mélancolie, dans laquelle il est pour ainsi dire la règle, et le délire de persécution. Il est beaucoup plus rare et presque toujours passager dans les états maniaques.

Lorsqu'un aliéné refuse de manger, il faut, en premier lieu, chercher la cause de ce refus, et s'assurer s'il ne tient pas à un état organique défectueux, auquel cas le traitement et la cure de cet état pathologique sont le premier but à poursuivre.

En second lieu, il est nécessaire de mesurer l'intensité et la persistance de ce refus en essayant sur le malade l'effet des moyens moraux (raisonnement, prières, promesses, puis intimidations, menaces, etc.,

etc.). Lorsque tous ces moyens ont échoué, il faut recourir à l'alimentation forcée à l'aide de la *sonde œsophagienne*, car nous laissons ici de côté tous les autres procédés plus ou moins défectueux qui ont été préconisés. (Le manuel opératoire sera décrit dans le chapitre de la pratique médicale de l'aliénation mentale.)

Les aliments, forcément liquides, qu'on fait prendre ainsi aux malades, doivent consister surtout en lait, bouillon, œufs, peptones de viande, chocolat, vin, huile de foie de morue, etc., etc., auxquels on ajoute, suivant les cas, des toniques, des ferrugineux, etc...

Le sitiophobie étant très fréquemment sous la dépendance directe ou indirecte d'un trouble des fonctions digestives, surtout de l'estomac, j'ai proposé, en 1880, de pratiquer le *lavage de l'estomac* chez les aliénés qui refusent les aliments. Il m'est arrivé souvent et d'autres observateurs ont, depuis, corroboré le fait, de voir la sitiophobie céder à ce moyen curatif, qui me semble mériter de passer dans la pratique courante. Bien entendu, il faut renoncer à se servir du tube de Faucher et c'est la pompe stomacale qui seule peut permettre de pratiquer le lavage, à moins qu'on n'adapte un long tube de caoutchouc flexible à l'extrémité évasée de la sonde œsophagienne qui émerge des fosses nasales.

Moyens de Contention. No-Restraint. — En principe, les moyens de contention doivent être proscrits chez les aliénés. Il existe des circonstances, cependant, comme dans les cas d'agitation très violente, de

tendance irrésistible à la mutilation volontaire, au suicide, etc., où il devient nécessaire de maintenir le malade. La camisole de force, mise adroitement, sans brutalité, et de façon à ce qu'elle ne gêne en rien le jeu de l'appareil respiratoire, est le seul procédé auquel on doive avoir recours.

Dans les asiles, on tend de plus en plus à restreindre l'emploi des moyens de contention et il faut reconnaître que si, en les proscrivant d'une façon absolue et en allant même jusqu'à préconiser le système des asiles à portes ouvertes, les partisans du no-Restraint ont dépassé réellement la mesure, ils ont contribué, pour une certaine part, à la suppression d'un véritable abus.

CHAPITRE II

ÉLÉMENTS SYMPTOMATIQUES DE L'ALIÉNATION MENTALE

Avant d'entreprendre la description des diverses formes d'aliénation mentale, il est nécessaire d'étudier d'abord les éléments morbides qui la constituent.

Pour procéder d'une façon fructueuse à cette étude, il convient de se rappeler que la folie n'est pas une affection purement intellectuelle, mais une maladie de l'être tout entier, et que, par conséquent, les troubles qui la composent peuvent exister à la fois ou séparément dans la sphère de l'intelligence proprement dite, dans la sphère morale, enfin, dans la sphère des fonctions physiques.

Division des Éléments symptomatiques. — Ceci posé, la division fondamentale des éléments symptomatiques de l'aliénation me paraît devoir être basée sur ce fait, que certains de ces éléments portent sur la *constitution*, sur le fonds même de l'être psychique, tandis que les autres portent uniquement sur son *fonctionnement*.

De là, deux groupes d'éléments symptomatiques bien distincts : 1° les *éléments constitutionnels* ou organiques : 2° les *éléments fonctionnels* ou dynamiques.

A leur tour, ces éléments diffèrent, dans chaque groupe, suivant qu'ils sont *généralisés* à l'ensemble de l'être psychique, ou *localisés* à l'une des sphères *intellectuelle*, *morale*, ou *physique*.

J'ai essayé de réunir, dans le tableau d'ensemble suivant, les principaux de ces éléments.

ÉLÉMENTS SYMPTOMATIQUES DE L'ALIÉNATION MENTALE.

I. — ELÉMENTS CONSTITUTIONNELS.

1° *Lésion de développement*	généralisée. partielle.
2° *Affaiblissement*	généralisé. partiel.

II. — ÉLÉMENTS FONCTIONNELS.

1° *Généralisés.*

Troubles de l'activité. . . .	par excès ou *excitation*. par défaut ou *dépression*.

2° *Partiels.*

Sphère intellectuelle.	Sphère morale.	Sphère physique.
a. *Conception délirante.* b. *Hallucination.* c. *Illusion.*	a. *Délire des sentiments et des affections.* b. *Délire des instincts.* c. *Délire des actes.*	*Troubles des diverses fonctions physiques.*

§ I. — ÉLÉMENTS CONSTITUTIONNELS

Le fonds psychique peut être altéré de deux façons : ou bien il n'est pas développé normalement, ou bien, après avoir été normalement constitué, il s'est affaibli. De là, deux sortes de lésions constitutionnelles : 1° les *lésions de développement ;* 2° l'*affaiblissement*.

a. Lésions de développement.

L'homme constitué d'une façon absolument normale, au point de vue psychique, n'existe pas dans la nature, et l'*état harmonique*, c'est-à-dire l'accord parfait des facultés, est un état purement idéal. Il en résulte que la limite entre l'imperfection physiologique et l'imperfection pathologique n'est pas appréciable ou, du moins, qu'elle n'est pas assez tranchée pour qu'on puisse l'établir scientifiquement. Faute d'un étalon, l'instrument de mensuration, c'est-à-dire le *phrénomètre*, fait défaut.

Quoi qu'il en soit de l'impossibilité où l'on se trouve d'établir rigoureusement cette délimitation précise entre la constitution psychique normale et la constitution anormale, il est certain que lorsque la lésion de développement est poussée à certaines limites, elle constitue bien véritablement un état pathologique.

Etant donné que la constitution normale de l'être psychique, telle que nous nous la représentons, est caractérisée par l'harmonie, par l'équilibre parfait de toutes les facultés, il est évident que tout *excès* comme tout *défaut de développement* de l'une ou de plusieurs de ces facultés constituent une *anomalie*, c'est-à-dire une lésion d'organisation. Plus l'excès ou le défaut de développement sont intenses et généralisés, plus l'anomalie est profonde, en sorte qu'on en arrive à reconnaître et à prouver scientifiquement que les deux états d'organisation psychique qui s'éloignent le plus de l'état normal sont : d'un côté le *génie*, et de

l'autre, l'*idiotie*, qui représentent, bien entendu dans un sens opposé, les deux extrêmes de l'anomalie psychique.

L'étude des lésions de développement intellectuel *par excès* heurte trop les idées reçues et ne s'adapte pas suffisamment, d'ailleurs, au cadre étroit d'un Manuel, pour que nous l'abordions ici. J'ai simplement voulu la signaler et lui marquer sa place.

Avec les *lésions par défaut*, au contraire, nous entrons dans les idées admises de tout temps.

Les altérations par défaut sont d'ailleurs, inséparables des altérations par excès, et il n'est pas rare de voir, chez un même individu, des facultés extraordinairement développées, à côté de lacunes profondes de l'intelligence. Il existe, comme disait Morel, des *génies partiels*.

Le défaut de développement de l'être psychique peut être *généralisé* et *absolu*. Il constitue alors l'état mental que nous étudierons plus loin sous le nom d'idiotie. A un degré de généralisation et d'intensité moindre, il porte plus spécialement sur la *sphère intellectuelle*, la *sphère morale* ou la *sphère physique*.

Dans la première, ce sont, surtout, les facultés supérieures, le jugement, la raison proprement dite, qui font défaut, tandis que d'autres facultés au contraire, telles que la mémoire ou des aptitudes artistiques diverses, peuvent être très développées.

Dans la sphère morale, l'arrêt de développement porte surtout sur les sentiments élevés et les hautes affections, alors que souvent, au contraire, il existe un développement excessif des sentiments inférieurs

et des instincts. C'est l'ensemble de cet état, très fréquent dans certaines variétés d'imbécillité, qu'on désigne communément sous le nom d'*absence de sens moral.*

Dans la sphère physique, les arrêts de développement sont caractéristiques, et ils ont été soigneusement décrits depuis longtemps, surtout par Morel, sous le nom de *stigmates de l'hérédité*. Les principaux sont : *extérieurement*, la microcéphalie, les asymétries crânienne et faciale, l'ossification prématurée ou le défaut d'ossification des os du crâne ; le prognathisme, les anomalies dentaires, la division congénitale du palais, de la luette, le bec de lièvre, la construction ogivale de la voûte palatine, le déplissement des oreilles ou l'absence de lobule, le strabisme, la cécité, la surdité, la surdi-mutité; la petitesse de la taille, l'arrêt de développement et les anomalies des organes génitaux, la monorchidie ou l'anorchidie, l'impuberté, l'état palmé des doigts, etc. Les arrêts de développement *internes*, consistent surtout dans des altérations du système nerveux, telles que la petitesse de poids et de volume du cerveau, l'absence ou l'état rudimentaire de certaines régions, surtout des circonvolutions antérieures, le ramollissement de la substance cérébrale, l'hydrocéphalie, etc., etc.

b. Affaiblissement.

L'affaiblissement, dans la sphère psychique, est une lésion constitutionnelle constituée par la diminution acquise, c'est-à-dire par la déchéance du fonds intellectuel.

L'affaiblissement est analogue à l'altération par défaut, avec cette différence qu'il s'agit non plus d'un arrêt de développement, mais d'une usure; au fond, le résultat est le même. Comme l'arrêt de développement, l'affaiblissement peut être absolu ou incomplet, *généralisé* ou *partiel*. Il se lie, le plus souvent, à des lésions cérébrales dégénératives, et constitue l'élément symptomatique capital des divers états de Démence.

§ II. — ÉLÉMENTS FONCTIONNELS.

1° Troubles de l'activité générale

L'activité générale consiste dans la réaction de l'organisme sous l'influence des impressions psychiques. Cette réaction cesse d'être normale lorsqu'elle est excessive, ou, au contraire, insuffisante. De là, deux troubles différents de l'activité générale : 1° le trouble par *excès* de *réaction*, ou *excitation*, le trouble par *défaut*, ou *dépression*.

L'activité générale n'est pas toujours altérée dans la folie, mais c'est précisément son altération ou son défaut d'altération qui doit constituer la base même de la division des états de folie : 1° *folies généralisées* ou avec trouble de l'activité générale ; 2° *folies partielles* ou sans trouble de l'activité générale.

Excitation. — L'*excitation* ou trouble par excès, consiste dans l'*excès de réaction générale de l'organisme*. C'est une exagération de l'expansion de l'être psychique. Lorsqu'elle est très intense et absolument généralisée, elle se traduit par une activité désordon-

née de l'intelligence, des sentiments, des actes, absolument incoercible. A un degré moindre, elle consiste dans la simple exagération de l'activité normale, et porte alors plus spécialement sur l'une des trois sphères intellectuelle, morale ou physique. L'excitation est l'élément constitutif des *états de manie*, dont les variétés tirent leurs caractères du degré d'intensité et de généralisation de cette excitation.

Dépression. — *La dépression* est l'état opposé à l'excitation. *Elle consiste dans un défaut d'expansion de l'activité générale* qui peut aller depuis la simple concentration de la réaction de l'organisme jusqu'à son anéantissement complet. Elle se traduit alors, extérieurement, par l'immobilité absolue ou stupeur. A un degré moindre, elle peut porter plus spécialement soit sur la sphère intellectuelle, soit sur la sphère morale, soit enfin sur la sphère physique, dans lesquelles elle se manifeste par un degré plus ou moins marqué de paresse et de lenteur dans le fonctionnement habituel. La dépression comme l'excitation, sert à caractériser une classe de folies généralisées, les folies avec dépression ou mélancolies.

2° Troubles de la sphère intellectuelle

Les principaux éléments constitutifs de la folie, dans la sphère intellectuelle, sont : 1° la *conception délirante* ; 2° l'*hallucination ;* 3° l'*illusion.*

a. — Conception délirante.

La conception délirante ou, ce qui revient au même,

le délire, puisque le délire n'est autre chose, chez un individu, que l'ensemble de ses conceptions délirantes, est très difficile à définir. En effet, si, dans certains cas, les idées délirantes sont absurdes et impossibles, dans d'autres cas nombreux elles n'ont rien par elles mêmes d'absurde ou d'incompatible avec l'ordre naturel des choses; elles sont seulement contraires à l'évidence des faits réels, et sans raison d'être dans la bouche de celui qui parle. Un homme se croit changé en beurre, c'est une conception délirante, et, en même temps, une absurdité ; un autre se croit déshonoré, ruiné, damné ; c'est là une idée qui repose sur une chose possible et qui n'est délirante que par rapport à celui qui l'émet. Leuret disait avec raison : « J'ai cherché soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle ; puis, quand je la comparais à bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence. »

La conception délirante n'est pas seulement difficile à définir parce qu'elle est loin d'être toujours absurde par elle-même, mais aussi parce qu'il n'est pas aisé de la différencier de l'erreur. La différence ne consiste pas surtout, comme on l'a dit, dans ce fait que l'idée délirante ne se modifie pas malgré l'accumulation des preuves les plus péremptoires. Il est des erreurs, en effet, plus tenaces peut-être encore que le délire. La vérité est qu'il n'y a pas, à proprement parler, entre les deux de différence essentielle, et que l'idée délirante se sépare surtout de l'erreur par ses causes et

ses conséquences, qui lui donnent un caractère pathologique que n'a jamais l'autre.

Les conceptions délirantes et, par suite, les divers délires sont aussi nombreux qu'il existe de modes dans les manifestations de la pensée humaine.

Cependant, les principales catégories d'idées délirantes que l'on rencontre, dans la folie, sont les suivantes :

1° les idées de satisfaction, de grandeur, de richesses;

2° les idées d'humilité, de désespoir, de ruine, de culpabilité;

3° Les idées de persécution ;

4° Les idées hypocondriaques ;

5° Les idées religieuses ;

6° Les idées érotiques ;

7° Les idées de transformation corporelle.

L'idée délirante n'étant qu'un élément symptomatique de la folie, ne la constitue pas à elle seule et n'entre que pour une part dans sa constitution. De plus, il peut exister des folies sans délire, celles, par exemple, qui ont été appelées manie et lypémanie raisonnantes.

b. — Hallucinations.

Définition. — « *Un homme*, dit Esquirol, *qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de ses sens, est dans un état d'hallucination.* » M. Ball abrège cette définition en disant : « l'*hallucination est une perception sans objet* ». Ainsi, un individu qui entend des voix alors que nul

bruit n'a frappé son oreille, éprouve une hallucination. On dit aussi que l'hallucination est *une idée projetée au dehors*, *une perception extériorisée*.

Division. — Les hallucinations se dénomment d'après la nature même de la sensation perçue, en sorte qu'il existe autant de genres d'hallucinations qu'il existe de sens. Dans les sens dont les organes sont doubles et symétriques, comme l'ouïe, la vue, le tact, l'hallucination peut occuper l'organe d'un seul côté : elle est alors *unilatérale*. Lorsque, étantdouble, l'hallucination se présente avec un caractère différent dans chaque côté du sens, elle pourrait porter, nous semble-t-il, le nom de *dédoublée*.

Il existe des hallucinations qui n'empruntent le secours d'aucun sens, celles, par exemple, dans lesquelles les malades disent qu'on leur parle d'âme à âme, sans langage d'aucune sorte. Ces hallucinations dans lesquelles l'élément sensoriel fait défaut, ont été désignées, par M. Baillarger, sous le nom *d'hallucinations psychiques*.

Nature. — La nature des hallucinations n'est pas encore très connue. Trois théories sont en présence : 1° La *théorie psychique* qui fait de l'hallucination un phénomène purement intellectuel, la réviviscence d'une idée ; 2° la *théorie somatique* ou *sensorielle*, qui en fait un phénomène purement physique, organique ; 3° enfin, la *théorie mixte* ou *psycho-sensorielle*, qui admet dans sa production à la fois un élément sensoriel et un élément psychique. C'est cette dernière qui compte le plus de partisans.

L'intervention de l'élément physique dans la genèse de l'hallucination a été mise hors de doute par la constatation de lésions diverses dans les organes des sens affectés, dans leurs nerfs d'origine, dans les couches optiques et les corps striés, dans les centres sensoriels de l'écorce ; par l'altération, dans l'hallucination unilatérale, de la partie périphérique ou centrale de l'organe du sens du côté affecté ; enfin, par les expériences toutes récentes sur les hallucinations provoquées chez les hystériques.

Hallucinations sans folie. — Comme la conception délirante, l'hallucination n'est qu'un élément symptomatique de la folie qu'elle ne suffit pas, à elle seule, à constituer. Au reste, l'hallucination peut, dans certains cas, exister sans folie, et il est, dans le monde, des gens sensés qui sont sujets, surtout au moment du passage de la veille au sommeil (*hallucinations hypnagogiques*) à des hallucinations qu'ils apprécient très sainement. Toutefois, ces hallucinations ont été appelées, à tort : *hallucinations physiologiques*. L'hallucination est toujours un phénomène morbide ; c'est seulement l'interprétation qu'on en fait qui peut être physiologique ou pathologique.

L'hallucination existe dans un grand nombre de folies ; aussi, n'est-il pas possible de créer une catégorie d'aliénés à part sous le nom d'*hallucinés*. L'hallucination est surtout fréquente dans la mélancolie, le délire de persécution, les folies toxiques, etc.

Hallucinations de l'Ouïe. — L'hallucination de l'ouïe est la plus fréquente, dans la folie. Elle consti-

tue un symptôme grave et pourrait également servir de critérium pour permettre de distinguer, d'une façon générale, les aliénés dangereux. Tout halluciné de l'ouïe est, pourrait-on dire, un malade essentiellement dangereux. Elle existe fréquemment dans la mélancolie, mais surtout dans le délire de persécution, dont elle est le symptôme caractéristique.

L'hallucination de l'ouïe *consiste essentiellement dans la perception de sons fictifs*. Ces sons peuvent être confus et inarticulés ; mais il est rare qu'ils se maintiennent longtemps à cet état ; pour peu qu'elle dure, l'hallucination s'organise, devient articulée, ou, pour employer l'expression habituelle des malades eux-mêmes, devient *voix*.

Ces voix peuvent être *inconnues* aux malades, comme *timbre* et comme *intonation* ; mais il est fréquent de les entendre dire qu'ils les reconnaissent et qu'elles appartiennent à leurs parents, à leurs amis, à telle ou telle personne qu'ils désignent. Elles peuvent également appartenir à des personnages imaginaires, à des défunts, à Dieu, au Diable, à la Vierge, aux saints, etc... Les animaux et les objets eux-mêmes parlent quelquefois aux aliénés.

Les voix peuvent faire entendre aux malades des choses agréables. Le plus souvent, l'hallucination a un *caractère pénible*, et consiste dans des injures, des reproches, des menaces, des accusations, etc. Beaucoup d'aliénés, les persécutés surtout, se plaignent qu'on répète tout haut leurs pensées, de préférence celles qu'ils désirent cacher, ainsi que les actes les plus

secrets de leur existence. Ce phénomène porte le nom d'*écho de la pensée*.

La *direction* des voix est très variable. Elles peuvent venir d'en haut ou d'en bas, d'un côté ou de l'autre, d'avant ou d'en arrière, enfin, sortir du corps même de l'aliéné. Dans ce dernier cas, elles finissent quelquefois par faire naître chez le malade la sensation et l'idée qu'il est *double*, et deviennent ainsi l'origine de cet état curieux qu'on désigne sous le nom de *dédoublement de la personnalité*. La *distance* d'où elles émanent est aussi très variable, et les hallucinés, qui ont souvent parfaitement conscience de leur degré d'éloignement, l'évaluent tantôt à un mètre à peine, tantôt au contraire, à plusieurs centaines de kilomètres.

La *perfection* de ces voix est telle et la *conviction* qu'elles entraînent si irrésistible et si profonde que les hallucinés les plus intelligents, médecins et aliénistes eux-mêmes, ne songent pas un instant à les révoquer en doute, et ont recours, pour expliquer leur existence, à toutes sortes d'interprétations absurdes et incroyables : par exemple à l'intervention de diverses forces, surtout de l'électricité, à l'action de tuyaux acoustiques, du téléphone, du phonographe, etc., etc.

Le *langage* des voix est le plus ordinairement usuel, et les mots qu'elles expriment, des mots du vocabulaire courant. Pourtant, elles peuvent faire entendre aux malades une langue étrangère ou inconnue. On connaît l'histoire de cet aliéné polyglotte, rapportée par Esquirol, chez qui les voix parlaient plusieurs langues, mais devenaient confuses lorsqu'elles s'exprimaient dans une langue que le malade connaissait à

peine. M. Ball a observé un fait analogue. Enfin, les voix peuvent *fabriquer des mots*, prononcer des néologismes qui, passant ensuite dans le langage du malade, lui constituent peu à peu un vocabulaire à part. C'est là un signe de chronicité. L'hallucination de l'ouïe s'allie très souvent à d'autres hallucinations.

Les hallucinés actifs de l'ouïe, ceux qui sont en conversation perpétuelle avec leurs voix, ont souvent une physionomie spéciale qui permet, avec une certaine habitude, de les reconnaître. Le signe caractéristique est l'état de leurs yeux, grands ouverts, fixes et brillants, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'au regard de l'homme absorbé par sa pensée et qui regarde sans voir. Au reste, en suivant de près ces malades, on remarque en outre qu'ils sont en colloque avec des personnages imaginaires. Ainsi, ils rient souvent de ce qu'ils viennent d'entendre, ou bien répondent à leurs voix, soit tout haut, sous forme d'exclamations plus ou moins brusques, soit tout bas, en remuant simplement les lèvres. Enfin, ils se livrent tout à coup à des actes bizarres ou dangereux déterminés par leurs hallucinations.

Pour en terminer avec les hallucinations de l'ouïe, il convient d'ajouter que la surdité n'est pas un obstacle à leur production. Au contraire, presque tous les aliénés sourds ou durs d'oreille sont hallucinés de l'ouïe. Il peut en être de même en ce qui concerne les autres sens.

Hallucinations de la vue. — L'hallucination de la vue, moins commune que celle de l'ouïe, présente des

caractères analogues, et n'en diffère guère que parce qu'elle constitue un symptôme moins grave, et qu'elle est la caractéristique de certaines folies spéciales, telles que les folies toxiques, les folies névropathiques etc. L'hallucination de la vue peut consister dans la vision de personnes et d'objets les plus variés, de paysages, d'animaux, de fantômes, de monstres, etc. Elle prend dans certains cas, le caractère terrifiant.

Hallucinations de l'Odorat et du Gout. — Les hallucinations de l'*odorat* et du *goût*, sont, de toutes, les plus rares. Elles s'observent surtout dans certaines formes de mélancolie, dans l'hypocondrie, quelquefois aussi dans le délire de persécution ; elles coexistent fréquemment avec un état saburral des voies digestives et entraînent ordinairement avec elles le refus d'aliments. Ces hallucinations font éprouver aux malades des odeurs et des goûts étranges, surtout d'arsenic, de cuivre, de soufre, d'ammoniaque, d'œufs pourris, etc., etc. Parfois, ils croient dégager eux-mêmes d'affreuses odeurs, et se condamnent, sous l'influence de cette idée, à vivre à l'écart.

Hallucinations de la Sensibilité générale. Hallucinations génitales. — Les hallucinations de la sensibilité générale sont assez fréquentes dans la folie, surtout dans le délire de persécution. Elles consistent dans la sensation de secousses, de commotions comme électriques, d'enlèvement dans les airs, que les malades interprètent dans le sens de leur délire. On peut y rapporter certaines hallucinations *génitales* qui font éprouver aux malades toutes sortes de sensations

voluptueuses ou pénibles du côté des organes génitaux.

c. — *Illusions.*

Définition. — L'illusion est un phénomène morbide assez fréquent dans la folie. Ce n'est plus, comme l'hallucination, une perception sans objet ; c'est une perception avec objet, mais perception erronée ; c'est, si l'on veut une définition : *la fausse interprétation d'une sensation perçue*. Ainsi, un individu, avons-nous dit, qui entend des voix alors qu'aucun son n'a frappé son oreille, éprouve une hallucination. Un individu qui, entendant le son d'une cloche, par exemple, s'imagine que c'est une injure qui lui est adressée, éprouve une illusion. Lasègue a parfaitement fait ressortir cette différence entre l'hallucination et l'illusion, en disant : « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. L'illusion s'appuie sur la réalité, mais elle la brode ; l'hallucination invente de toutes pièces, elle ne dit pas un mot de vrai ».

Caractères. Division. — L'illusion, plus encore que l'hallucination, est un phénomène psychique, car chez elle l'action du sens est habituellement tout à fait normale et c'est l'intelligence seule qui est lésée.

Au point de vue de sa valeur pronostique, l'illusion est un symptôme moins grave que l'hallucination. Aussi, est-elle surtout fréquente dans les folies curables, notamment dans la manie aiguë et les folies toxiques.

Les illusions, comme les hallucinations, se dénom-

ment d'après le sens qui est le siège du phénomène. Contrairement à ce qui a lieu pour les hallucinations, les illusions de la vue, sont de toutes, les plus fréquentes. Elles peuvent être, elles aussi, *unilatérales*.

Illusions Internes. — Il existe une catégorie spéciale d'illusions qui ne se rapportent à proprement parler, à aucun sens, et qu'on désigne sous le nom d'*illusions internes*. Elles consistent dans la fausse interprétation de sensations organiques réelles. C'est ainsi que très souvent les affections de l'intestin, de l'estomac, de l'utérus, par les phénomènes réactionnels qu'elles provoquent, déterminent chez les malades l'idée qu'ils ont des animaux dans le ventre, qu'on les viole, etc., etc. Ces illusions internes sont surtout fréquentes dans les folies dites *sympathiques*.

Illusions Mentales. — Une autre catégorie d'illusions non sensorielles, très fréquentes dans la manie aiguë, se compose des illusions de personnes, d'objets, de milieux, quelquefois éveillées par quelque vague ressemblance, mais plus souvent encore par une simple association d'idées. Ce sont des illusions purement mentales.

Scientifiquement, les illusions ne se séparent pas très nettement des hallucinations, et il est tel phénomène morbide qu'il est parfois difficile de classer dans l'une ou l'autre de ces catégories. Mais, en clinique, la distinction est nécessaire et doit être conservée.

Il existe d'autres phénomènes intellectuels, par exemple les lésions de l'attention, de la volonté, l'incohérence, qu'on rencontre souvent aussi dans la fo-

lie ; mais ce ne sont pas là des éléments primitifs, ce sont des phénomènes complexes, et, le plus souvent, consécutifs.

2° Troubles de la sphère morale.

a. *Délire des sentiments et des affections*

La lésion des sentiments et des affections est pour ainsi dire constante dans la folie, et constitue un véritable *délire moral*, qui correspond au délire intellectuel.

Pas plus que le délire des pensées, le délire des sentiments et des affections n'est fatalement absurde par lui-même ; son caractère pathologique provient uniquement de ce qu'il n'est pas en situation chez l'individu qui l'exprime. Aussi, y a-t-il autant de sentiments délirants qu'il existe de modes d'activité dans la sphère passionnelle chez l'homme. Les principaux sentiments délirants que l'on retrouve dans la folie sont :

1° L'*égoïsme* qui constitue souvent le fond du caractère chez les aliénés ;

2° L'*orgueil*, que l'on observe surtout dans la folie ambitieuse ;

3° La *méchanceté*, la *fourberie*, la *dissimulation*, le *mensonge*, dans la manie raisonnante ;

4° La *révolte*, la *haine*, la *vengeance*, dans le délire de persécution ;

5° La *générosité*, la *philanthropie*, la *prodigalité* dans la paralysie générale avec délire expansif ;

6° Le *découragement*, l'*impuissance* dans l'hypocondrie intellectuelle et morale ;

7° L'*humilité*, la *contrition*, la *crainte*, la *terreur*, dans la mélancolie et ses diverses variétés ;

8° L'*anxiété*, également dans la mélancolie. Ce sentiment peut se traduire aussi par ces appréhensions émotives si variées et si bizarres dont on a voulu faire des folies spéciales : *agoraphobie* ou peur des espaces ; *claustrophobie* ou peur de l'étroit ; *peur du toucher* ; *peur des épingles*, etc., etc.

Les sentiments maladifs, dont l'ensemble constitue le dèlire moral, donnent aux malades , dans chaque genre de folie, un caractère spécial dont on néglige trop souvent l'étude pour ne s'attacher qu'aux troubles intellectuels. Il est même certaines formes de folie, la manie et la mélancolie raisonnantes, par exemple, dans lesquelles le délire moral existe seul, sans coexistence marquée de délire intellectuel.

b. Délire des instincts.

Les divers instincts subissent souvent, dans l'aliénation mentale, une altération analogue à celle des idées et des sentiments.

Ces altérations sont des plus variées. Les plus fréquentes sont celles qui portent sur *l'instinct génital*, et qui se traduisent par toutes sortes de dépravations génésiques, telles que la sodomie, le saphisme, la bestialité, les mutilations volontaires, l'instinct sexuel interverti (conträre Sexual empfindung), la violation des cadavres, etc., etc.

L'*instinct de la conservation* est également fréquemment lésé dans la folie, et il est, comme on sait

un certain nombre de malades qui, sans avoir positivement une tendance au suicide, ne feraient pas un mouvement pour se soustraire à une mort imminente.

c. — *Délire des actes.*

De même que le trouble des idées et celui des sentiments constituent le délire intellectuel et moral proprement dit, de même le trouble des actes, en aliénation mentale, constitue le *délire des actes.*

Parmi les actes délirants, il en est qui sont absurdes par eux-mêmes ; d'autres n'ont rien d'illogique, et sont seulement hors de propos avec la situation réelle de l'individu. Tous les actes possibles peuvent donc devenir morbides dans un cas déterminé, en sorte que les actes délirants sont innombrables.

Ceux que l'on observe le plus fréquemment dans la folie sont :

1° les actes d'impolitesse, de malpropreté, les exhibitions obscènes, la tendance à manger des ordures et des excréments (skatophagie), qui se rencontrent surtout dans les états de démence ;

2° les actes de violence, de destruction, de fureur aveugle et subite, plus spéciaux aux états maniaques et à l'épilepsie ;

3° le refus de nourriture, le suicide, presque contants dans la mélancolie ;

4° l'homicide, surtout fréquent dans le délire de persécution, l'épilepsie, etc.

5° le vol, l'incendie, dans les états de démence, de fureur imbécile, d'épilepsie, etc.

Au point de vue de leurs conséquences, les actes morbides se divisent en *dangereux* et non *dangereux*. Au point de vue de leur nature, ils se distinguent en actes *réfléchis* et en actes *irrésistibles* ou *impulsifs*.

Impulsions. — L'impulsion morbide est une *tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte*.

A l'état normal, toute sensation tend à se traduire en acte. Mais cette tendance est réfrénée par le *moi* qui intervient, perçoit la sensation, l'analyse, et, finalement, se décide pour ou contre l'accomplissement de l'acte. L'équilibre entre la tendance à l'acte et le pouvoir réfrénateur du *moi* constitue l'état normal, à ce point de vue. L'impulsion résulte de la rupture de cet équilibre.

Cet équilibre pouvant être rompu, soit par suite de l'affaiblissement du *moi*, soit par suite de l'augmentation de la *tendance au réflexe*, soit enfin par suite de ces deux altérations simultanées, il en résulte que l'impulsion peut être le résultat de l'un ou l'autre de ces états, et, par conséquent, se rencontrer dans les formes de folie où on les observe. Effectivement, c'est surtout dans l'imbécillité, la démence (affaiblissement du *moi*), la manie aiguë, les folies hallucinatoires (exagération de la tendance au réflexe), enfin dans l'épilepsie (état mixte), qu'on observe l'impulsion.

Les impulsions se divisent suivant la nature des actes morbides auxquels elles donnent lieu.

Ainsi on dit : impulsion au vol (kleptomanie), impulsion à l'incendie (pyromanie), impulsion à la boisson (dipsomanie), impulsion au meurtre, au suicide, etc.,

etc. A une époque, on a eu de la tendance à considérer chaque forme d'impulsion comme constituant une folie, une monomanie spéciales ; aujourd'hui, cette doctrine est complètement abandonnée, et tout le monde admet que l'impulsion morbide n'est qu'un élément symptomatique de la folie, susceptible de se rencontrer, avec des caractères différents, dans les états les plus variés.

3° Troubles de la sphère physique.

a, *Troubles des fonctions nerveuses.*

Les principaux troubles des fonctions nerveuses, dans la folie, sont les troubles du *sommeil* et de la *sensibilité*.

Le *sommeil* est l'une des fonctions les plus constamment altérées dans la folie, et il n'y a guère que certains vieux aliénés chroniques qui dorment d'une façon à peu près normale. Dans la folie aiguë, le trouble du sommeil est souvent l'un des premiers symptômes qui apparaissent ; il se traduit surtout par des rêves et des cauchemars. En revanche, le retour du sommeil, à la fin d'un accès de manie ou de mélancolie, est un symptôme d'un excellent augure et l'un des indices les plus certains de l'approche de la guérison.

La *sensibilité* est aussi très fréquemment altérée chez les aliénés, et cette altération se traduit principalement par l'anesthésie ou l'hypéresthésie, surtout cutanées, mais pouvant siéger également dans les organes des sens.

Il faut signaler enfin, parmi les troubles physiques

des fonctions nerveuses, les *troubles de la motilité*, paralysies, parésies, tics nerveux, convulsions partielles, bégayement, qu'on observe dans certains états d'aliénation mentale.

b. Troubles de la vie végétative.

Dans les fonctions digestives, on observe surtout l'augmentation, la diminution ou la perversion de l'*appétit*, la *constipation*, l'*excrétion involontaire* de l'urine et des matières fécales.

Dans les fonctions de sécrétion et la *nutrition générale* : la diminution ou l'augmentation du *poids*, la *pigmentation de la peau*, l'abondance ou au contraire la rareté des excrétions (salive, sueur, urine, etc.)

Dans les fonctions de circulation et de respiration, l'accroissement ou l'abaissement de la température, la congestion des capillaires, diverses modifications pathologiques du pouls, l'hypoglobulie, l'altération du rhythme respiratoire, de la voix, le mutisme, etc., etc.

Enfin, dans les *fonctions génitales*, on observe soit l'excitation soit la dépression génésique, et, chez les femmes, des troubles divers de la menstruation qui, très souvent, cesse au début d'un accès de folie pour reparaître au moment de la convalescence, et dont le retour régulier, chez la plupart des aliénées, est marqué par une exacerbation des phénomènes habituels.

CHAPITRE III

CLASSIFICATION

On sait de quelle importance est une classification, dans une science quelconque. En pathologie mentale, c'est un fil conducteur absolument nécessaire.

Aussi un très grand nombre d'auteurs, depuis l'antiquité, ont-ils essayé de classer les maladies mentales. Buchez a dit malicieusement à ce propos : « Lorsqu'ils croient avoir fini leurs études, les rhétoriciens font une tragédie et les aliénistes une classification. »

Toutes les classifications proposées jusqu'à ce jour peuvent se ranger sous quatre chefs : 1° les *classifications psychologiques*, basées sur la nature des troubles intellectuels ; 2° les *classifications symptomatiques*, basées sur les manifestations extérieures de la maladie ; 3° les *classifications pathogéniques* ou *étiologiques*, basées sur les causes et l'origine du développement de la folie ; 4° enfin, les *classifications anatomiques*, basées sur les caractères des lésions.

La plupart de ces classifications, d'ailleurs, sont plutôt *mixtes* que véritablement *systématiques*, c'est-

à-dire basées à la fois sur plusieurs des caractères que nous venons d'énumérer.

Nous allons indiquer rapidement, à titre d'exemple, une des principales classifications de chaque variété.

1° CLASSIFICATIONS PSYCHOLOGIQUES.

(*Classification du professeur Hammond* (de New-York)

Les classifications psychologiques, encore très en vogue dans certains pays comme en Amérique et en Allemagne, qui se ressent toujours de l'influence des théories de l'Ecole psychologique, sont basées, comme nous l'avons dit, sur la nature des troubles intellectuels. L'une des meilleures et des plus récentes est celle du professeur Hammond, dont nous allons indiquer en quelques mots les points principaux.

Pour l'auteur, les manifestations de l'activité cérébrale, à l'état physiologique, sont au nombre de quatre principales, et s'accomplissent dans l'ordre suivant : 1° *perception ;* 2° *intelligence ;* 3° *sensation ;* 4° *volonté.*

1° Un objet extérieur impressionne un sens ; l'excitation est transmise au cerveau ; la *perception* a lieu.

2° L'excitation sensorielle et la perception qui en résulte sont transmises à une partie plus complexe du cerveau dans laquelle la perception se transforme en idée, par suite de la mise en activité de plusieurs facultés ou modalités de l'*intelligence*.

3° L'idée à son tour met en jeu une autre partie du cerveau ; il se produit alors une *sensation*, ou mieux un *sentiment*, une émotion agréable ou pénible.

4° Enfin, la sensation ou émotion détermine un acte ; la *volonté* agit à son tour.

Ces données psycho-physiologiques constituent la base de la classification d'Hammond, qui comprend autant de groupes qu'il existe de manifestations de l'activité cérébrale :

1° *Folie perceptive*, caractérisée par la tendance à la formation d'une perception erronée, provenant elle-même soit d'une impression fausse des objets réels (illusion), soit indépendante de toute excitation extérieure (hallucination).

2° *Folie intellectuelle*, caractérisée par les idées délirantes, les délusions.

3° *Folie émotive ou sensorielle*, caractérisée par la prédominance d'un ou de plusieurs sentiments irrésistibles, ou d'impulsions parfaitement maîtrisées.

4° *Folie volitionnelle*, caractérisée par l'incapacité d'exercer la volonté dans un sens affirmatif ou négatif.

5° *Manie*, triste ou gaie, caractérisée par la réunion de deux ou de toutes les quatre formes précédentes.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir combien cette classification, l'une des meilleures cependant qui aient été formulées dans l'ordre psychologique, parce qu'elle est une des plus simples, est incomplète et inexacte. Il est certain en effet que la dissociation des phénomènes physiologiques de la pensée ne peut servir de base unique à la classification de la folie, dans laquelle cette dissociation ne se retrouve pas à l'état pathologique, et qui, d'ailleurs, n'est pas une affection purement intellectuelle, mais une maladie de l'être tout entier.

2° Classifications symptomatiques

La classification symptomatique la plus connue est celle d'Esquirol, amendée par M. Baillarger, et définitivement formulée, avec quelques modifications, par Marcé. C'est encore la plus généralement adoptée en France.

- 1° *Vésanies pures*. . .
  - Délire général
    - avec excitation : manie.
    - avec dépression : mélancolie.
  - Délire partiel. . . Monomanie.
  - Démence.
- 2° *Vésanies associées entre elles*. . . . .
  - Manie et mélancolie (folie à double forme).
  - Monomanie et démence.
  - Mélancolie et démence.
  - Manie et démence.
- 3° *Vésanies associées à des lesions du mouvement*. . . .
  - avec lésion organique. Paralysie générale.
  - sans lésion organique appréciable. . .
    - Épilepsie.
    - Hystérie, extase, catalepsie.
    - Chorée.
    - Folie alcoolique.
    - Pellagre.
- 4° *Etats congénitaux*. Idiotie, imbécillité, crétinisme.

Comme on l'a fait ressortir avec raison, tant que la nature intime de l'aliénation mentale ne sera pas connue et qu'on ne ne pourra, par conséquent, la prendre pour base de classification, la clinique pourra seule offrir un terrain d'appui suffisant pour la division des espéces morbides, C'est pour ce motif que les classifications symptomatiques ont été de toutes, jusqu'à ce jour, les mieux acceptées et les plus suivies.

Celle de Marcé offre malheureusement des erreurs et

des lacunes qui lui enlèvent une partie de la valeur que son auteur lui attribuait comme instrument d'étude.

Ainsi, il est certain que la démence ne peut être mise au rang des vésanies pures, au même titre que la folie proprement dite. La démence est une maladie du fonds intellectuel, une infirmité acquise de l'intelligence, et non plus, comme la vésanie, un trouble de son fonctionnement.

De même, si Marcé accorde, dans sa classification, une place aux états pathologiques auxquels peut s'associer la folie, tels que l'épilepsie, l'hystérie, l'alcoolisme, etc., il n'y a aucune raison pour qu'il n'en accorde pas une semblable à tous les autres états pathologiques auxquels la folie peut également s'associer, tels que l'état puerpéral, le rhumatisme, la syphilis, les affections du cœur, de l'utérus, etc., etc.

Dans ces dernières années, M. Ach. Foville fils a réalisé un progrès évident sur la classification de Marcé en en proposant une nouvelle dans laquelle il sépare la démence des vésanies, et en fait une classe d'infirmités cérébrales. M. Foville désigne en outre la *monomanie* sous le nom de *lypémanie partielle* ou *essentiellement hallucinatoire;* enfin, il indique deux genres nouveaux : la *folie instinctive* ou *folie des actes* et la *folie puerpérale*. Cette classification a donc le mérite très grand de ranger la démence à la place qui lui convient dans les infirmités cérébrales et non plus parmi les vésanies, mais elle est passible du même reproche que celle de Marcé en ce sens que si la folie puerpérale constitue une folie simple, primitive, il n'y a aucune raison pour qu'il n'en soit pas de même des

folies associées à d'autres états pathologiques, qui, elles aussi, mériteraient, dès lors, une place à part dans la classification.

3° Classifications étiologiques

Les classifications symptomatiques ne lui paraissant pas suffisantes, Morel, par un trait de hardiesse et presque de génie, comme dit M. Ball, eut l'idée de prendre l'étiologie pour base de classification, et de diviser les maladies mentales en groupes distincts d'après la cause qui les engendre. Si l'idée de Morel était heureuse, sa mise à exécution le fut moins, car il se heurta, dans la pratique, à des difficultés inattendues, et fut obligé, par exemple, de ranger les vésanies dans une classe spéciale, sous le nom d'*aliénations héréditaires* ; semblant ainsi marquer à tort que les autres ne l'étaient pas ou l'étaient moins.

Classification de M. le professeur B. Ball

M. le professeur Ball reprenant la donnée première de Morel, a proposé tout récemment une classification non pas absolument *étiologique*, mais *mixte*, en ce sens que si l'étiologie en forme la base, elle s'appuie également sur la clinique et l'anatomie pathologique, car elle divise les folies en groupes distincts et progressivement étagés, depuis les vésanies pures ou folies sans lésion, jusqu'à la paralysie générale dans laquelle la lésion est évidente, et les malformations congénitales, dans lesquelles cette lésion touche à la mutilation du cerveau.

Voici, du reste, dans son ensemble, la classification de M. le professeur Ball :

FOLIES	1° *Vésaniques* ou essentielles (sans lésion). Types : folie circulaire, délires partiels.	
	2° *Névropathiques*. .	Hystérique. Épileptique. Choréique, etc.
	3° *Diathésiques* . . .	Goutteuse. Rhumatismale. Tuberculeuse. Cancéreuse. Anémique, etc.
	4° *Sympathiques* . .	Génitale. Cardiaque. Gastro-intestinale. Pulmonaire, etc.
	5° *Toxiques*	Alcoolique. Saturnine. Morphinique, etc.
	6° *Organiques ou cérébro-spinales* . .	Paralysie générale. Aphasie. Délire aigu. Démence hémiplégique, etc.
	7° *Congénitales ou morphologiques*.	Idiotie. Imbécillité. Crétinisme.

Dans la pensée de son auteur, qui déclare du reste ne lui attacher aucune importance, cette classification est destinée uniquement à servir de moyen commode pour grouper les connaissances psychiatriques de chacun. Il n'est pas douteux qu'elle réalise et au delà, le but que s'est proposé M. Ball, et qu'elle soit, à ce point de vue, bien supérieure à celle de Marcé.

4° Classifications anatomiques

Classification de M. Luys

Par une tentative aussi hardie et non moins savante

que celle de Morel, M. Luys a essayé récemment de prendre l'anatomie pathologique pour base de la classification des maladies mentales.

Voici de quelle façon M. Luys a établi ses groupes pathologiques sur cette donnée première :

A. — Dans un premier embranchement se place tout cet ensemble de troubles psychopathiques qui ont pour caractère essentiel d'être transitoires et fugitifs, — qui se révèlent par des phénomènes d'excitation et de dépression, et qui sont déterminés par des troubles circulatoires pareillement fugitifs et transitoires. — (Manies et lypémanies généralisées et partielles).

B. — Dans un second embranchement, se place tout cet ensemble de troubles psychopatiques qui sont liés à des lésions fixes et permanentes, et dans lesquels les troubles circulatoires n'ont qu'une importance secondaire, avec l'excitation et la dépression qu'ils entraînent à leur suite. Tels sont les troubles de la paralysie générale avec ses formes expansives et dépressives, les lésions diverses de l'idiotie, etc...

Chacun de ces embranchements comprend, à son tour, plusieurs groupes.

Le premier embranchement se divise en trois groupes :

1° Les *hyperhémies* (manies) avec toutes leurs modalités diverses, suivant qu'elles siègent dans les régions *émotives*, *intellectuelles* ou *psychomotrices*, et suivant qu'elles sont *circonscrites* ou *généralisées*.

2° Les *ischémies* (lypémanies) avec leurs différentes modalités, suivant qu'elles siègent dans les régions

émotives, intellectuelles, ou psychomotrices, et suivant qu'elles sont diffuses ou généralisées.

3° Les *hyperhémies-ischémies*, caractérisées par la coexistence, chez le même sujet, de processus hyperhémiques et ischémiques, avec leurs différentes modalités, suivant que la dépression et l'excitation coexsistent en même temps, chez le même sujet (lypémanies anxieuses, délires mélancoliques), ou que la dépression et l'excitation se succèdent l'une à l'autre chez le même sujet (folie périodique ou folie circulaire).

— Le deuxième embranchement comprend à son tour :

1° Les troubles psychopatiques qui sont liés à des lésions organiques fixes et progressives (paralysie générale, ramollissements et scléroses diverses, syphilitique, alcoolisme chronique, etc.

2° Les *agénésies*, arrêts de développement de l'encéphale, avec imbécillité et idiotie consécutives.

3° Enfin, dans un groupe à part, se placent les *intoxications diverses*.

En proposant cette classification, M. Luys n'a certainement pas cru, dans le domaine encore si obscur de l'anatomie pathologique des maladies mentales, atteindre d'un seul coup la perfection. Son rare mérite a été de tenter ce qu'on n'avait osé faire encore jusqu'à ce jour, c'est-à-dire de donner à l'étude des maladies mentales « un point de départ naturel, une base organique dérivant de la nature même des choses à étudier » ; en un mot, comme je l'ai déjà dit ailleurs, d'opérer une tentative puissante et audacieuse

qui transporte la psychiâtrie dans le domaine vraiment scientifique et qui lui marque sa route pour l'avenir.

La plupart des classifications qui ont été proposées jusqu'à ce jour, en aliénation mentale, ont été des classifications plus scientifiques que pratiques, c'est-à-dire bien plutôt destinées à des spécialistes pour grouper leurs connaissances acquises, qu'à des individus étrangers à la psychiâtrie pour les guider dans cette étude. Lorsque j'ai voulu, sur le terrain de la clinique, faire parcourir méthodiquement à des élèves le champ de l'aliénation, j'ai dû renoncer à me servir de ces classifications.

J'en suis arrivé ainsi peu à peu, non pour donner une fois de plus raison à Buchez, mais pour m'aider à diriger rapidement et fructueusement dans leurs études ceux qui avaient bien voulu se confier à moi, à imaginer je ne dirai pas une classification, — ce serait peut-être un bien gros mot — mais tout au moins un *classement méthodique* des états primitifs d'aliénation mentale. Ce classement, je l'ai pris et repris, modifié et amendé, essayé pour ainsi dire chaque jour dans la pratique courante, si bien qu'aujourd'hui, sans avoir en aucune façon la prétention d'avoir fait œuvre scientifique, je crois être parvenu à composer un instrument d'étude simple, exact et commode, qui, mis entre les mains des élèves ou de médecins étrangers à la psychiâtrie, peut leur être d'un grand secours et leur servir, en quelque sorte, de fil conducteur dans leurs études. A ce point de vue et quels que soient les reproches dont il puisse être passible à d'autres égards, ce classement mérite l'indulgence.

Mon premier but a été de tendre à la simplicité la plus grande, c'est-à-dire de débarrasser le cadre des maladies mentales des innombrables affections, soi-disant entités morbides qui l'encombrent, pour en arriver à isoler les quelques formes vraiment primitives.

Ces types primitifs une fois obtenus, j'ai cherché à les classer d'une façon claire, méthodique et précise, et, autant que possible, en harmonie avec les faits cliniques.

Pour en arriver au premier résultat, à la reconstitution des formes simples de l'aliénation mentale, j'ai successivement éliminé du rang des folies spéciales toutes les folies liées à des états physiologiques ou pathologiques de l'organisme (folies associées, sympathiques et symptomatiques), qui ne sont autre chose, en y regardant de près, que l'association d'une folie simple, toujours identique au fond à elle-même, avec un processus normal ou morbide quelconque. Je n'ai conservé seulement, comme formes primitives, que celles qui pouvaient se montrer à l'état simple, c'est-à-dire indépendantes de tout autre état. Ainsi, plus de folies utérine, cardiaque, rhumatismale, syphilitique, cancéreuse, menstruelle, vermineuse, goutteuse, etc., etc., au moins à titre d'entités morbides. Qu'est-ce, en effet, que toutes ces folies, soi-disant spéciales, sinon l'association d'une folie simple, toujours identique à elle-même, avec un état morbide qui se borne, sans en modifier le fond, à lui communiquer seulement quelques particularités sans importance ? Si chacune de ces folies différait essentiellement des autres et présentait des caractères spéciaux, il n'arriverait pas journellement

qu'on les prend pour des folies simples, et qu'on n'est éclairé sur leur véritable nature que lorsqu'on découvre l'état morbide auquel elles se lient. On sait, en effet que les auteurs qui ont érigé toutes ces folies syphilitique, utérine, etc., etc., en entités morbides, ont été forcés de déclarer, en traitant du diagnostic, qu'elles ne différaient en rien des folies vulgaires, classiques, et que le diagnostic ne pouvait se faire qu'en démontrant soit par les commémoratifs, soit par un traitement approprié, la corrélation de la folie et de l'état morbide coexistant. On ne pouvait avouer d'une façon plus nette, l'identité absolue de toutes les folies associées et de la folie simple. Il en est de même au fond, pour toutes ces folies, telles que la folie puerpérale, les folies épileptique, hystérique, alcoolique, paralytique même, qu'on incline encore à considérer comme des formes de folie spéciales et qui ne sont, elles aussi, que l'association d'une folie simple avec l'un ou l'autre de ces états morbides. Prenons, par exemple, un accès de mélancolie avec stupeur lié à une paralysie générale. En quoi cet état diffère-t-il de la mélancolie avec stupeur vulgaire ? Il en diffère si peu que le diagnostic, on le sait, est impossible, et que, tant que le malade n'a pas parlé, ou manifesté d'une façon quelconque les signes de sa *démence paralytique,* les caractères de son accès de folie sont absolument insuffisants pour l'établir.[1] De

[1] Cette manière de voir concorde parfaitement avec la théorie de M. Baillarger sur la paralysie générale. On sait en effet, que, pour cet éminent aliéniste, la paralysie générale comprend deux choses bien distinctes : 1° la maladie principale, qui est la *démence paralytique*; 2° la *folie paralytique*, maladie toute

même encore, par exemple, en ce qui concerne la folie puerpérale. Qui pourrait se flatter de reconnaître en l'absence de renseignements, et sur le simple examen de ses caractères cliniques, un accès de manie ou de mélancolie puerpérales ? J'ai rapporté à cet égard le fait caractéristique d'un de nos maîtres les plus éminents ayant déclaré atteinte de manie puerpérale une femme qu'il savait être venue à Paris pour y chercher un nourrisson. Or cette femme était en réalité une nourrice sèche, complètement en dehors de l'état puerpéral, et faisant le métier d'élever des enfants au biberon. Je pourrais multiplier les preuves.

Il faut donc reconnaître que toutes les folies liées à d'autres états morbides ne constituent pas des folies spéciales, et que si elles présentent quelques particularités plus ou moins saillantes par le fait de l'état morbide auquel elles se lient, elle ne diffèrent pas essentiellement, au fond, de la folie simple, dont elles ne sont que des variétés.

Cette manière d'envisager les choses, exacte en principe, a surtout le mérite de simplifier de beaucoup la conception générale des maladies mentales, en démontrant que l'aliénation est réductible, en fin de compte, à quelques types principaux, et que toutes les autres folies ne sont autre chose que l'association d'un de ces types, au fond toujours identique à lui-même, avec un autre état pathologique. Il suffira donc, et rien n'est plus vrai, de bien connaître les formes simples de la folie, sinon pour savoir toute la patho-

autre, et qui le plus souvent s'associe, de façons diverses, à la première.

logie mentale, au moins pour se représenter à priori, les caractères essentiels de toutes les autres folies, quelles qu'elles soient.

Les états primitifs d'aliénation mentale isolés, il reste à les grouper d'une façon méthodique et précise. Ces états sont : l'*imbécillité*, l'*idiotie*, le *crétinisme*, la *démence*, la *manie*, la *mélancolie* et la *folie partielle*. Il n'en existe pas d'autres. Or, il est facile de voir, comme nous l'avons déjà fait ressortir à propos des éléments symptomatiques de l'aliénation, qu'ils diffèrent surtout entre eux parce que les uns sont des maladies du *fonds intellectuel* et atteignent sa constitution, son organisation, tandis que les autres respectent le fonds de l'intelligence, mais altèrent son *fonctionnement*. De là par conséquent deux grandes classes d'aliénations mentales : 1° les *Aliénations constitutionnelles* ou *Aliénations mentales proprement dites* (*Infirmités cérébrales*); 2° les *Aliénations fonctionnelles* ou *Folies*.

La première classe comprend naturellement deux groupes, suivant que l'infirmité cérébrale est *congénitale* ou *acquise* et se compose, par conséquent : 1° des Aliénations constitutionnelles ou infirmités *congénitales* (imbécillité, idiotie, crétinisme); 2° des Aliénations constitutionnelles ou infirmités *acquises* (démence).

On voit que sur ce point nous sommes parfaitement d'accord avec M. Ach. Foville, qui a eu l'idée, comme nous l'avons dit, de séparer dans sa classification, la démence des vésanies, et de la mettre à sa place naturelle, avec les infirmités cérébrales, à côté de l'imbécillité, de l'idiotie, etc., dont elle ne diffère que parce qu'elle est acquise, au lieu d'être congénitale.

La seconde classe de nos états primitifs d'aliénation se compose, avons-nous dit, des aliénations fonctionnelles ou folies. Elle comprend également deux groupes distincts : 1° les *folies généralisées*, ou *avec réaction générale morbide ;* 2° les *folies partielles*, ou *sans réaction générale morbide.* Dans la description de chacun de ces groupes de folie, nous discuterons en détail leurs caractères distinctifs ; nous nous bornons ici à en indiquer la division. Le groupe des folies généralisées comprend, à son tour, trois espèces : 1° l'espèce *manie*, ou folie généralisée avec réaction par *excitation ;* 2° l'espèce *mélancolie*, ou folie généralisée avec réaction par *dépression ;* 3° l'espèce *folie à double forme,* ou folie généralisée avec réaction par *excitation* et par *dépression* successives, c'est-à-dire formée par la réunion des deux espèces précédentes. Enfin, chacune des espèces *manie* et *mélancolie* se subdivise en trois variétés identiques : 1° *manie* et *mélancolie aiguës ;* 2° *manie* et *mélancolie intellectuelles ;* 3° *manie* et *mélancolie morales*, suivant que l'excitation ou la dépression sont généralisées à l'ensemble de l'être psychique, ou portent plus spécialement sur la sphère intellectuelle ou sur la sphère morale.

Quant au second groupe des folies, celui des folies partielles, ou sans réaction générale morbide, il se compose de plusieurs variétés : la *folie hypocondriaque*, la *folie de persécution*, la *folie religieuse* et la *folie ambitieuse*, susceptibles d'être réduites, ainsi que nous le verrons plus tard, en une espèce unique : la *folie partielle*, comprenant trois stades : 1° un premier stade de *concentration analytique* (folie hypocon-

driaque) ; 2° un second stade d'*explication délirante* (folie de persécution, folie religieuse) ; 3° un troisième stade de *transformation individuelle* (folie ambitieuse).

Tels sont, groupés méthodiquement, les seuls états d'aliénation et de folie qui nous paraissent *primitifs*. Quant à toutes les autres folies existantes, elles ne sont, nous le répétons, que l'association d'une des folies simples citées plus haut, avec un état morbide quelconque. Encore y a-t-il, à cet égard, une distinction à faire. Nous croyons pouvoir affirmer que la folie partielle, n'est jamais sous la dépendance d'un autre état pathologique, qu'elle n'est pas *symptomatique* en un mot, mais *essentielle*. Les seules folies susceptibles de s'associer à d'autres états morbides sont les folies généralisées, c'est-à-dire l'espèce manie et l'espèce mélancolie sous forme d'une de leurs variétés, et l'espèce folie à double forme. En sorte que nous en arrivons, en fin de compte, à cette conception synthétique qu'il n'existe que *quatre formes primitives* de folie : 1° la *manie* ; 2° la *mélancolie;* 3° la *folie à double forme* (qui n'est que l'association des deux premières, mais constitue une entité à part) ; 4° la *folie partielle*. Quant à toutes les autres folies, elles sont toujours constituées par l'association d'une manie, d'une mélancolie ou d'une folie à double forme avec un état morbide quelconque.

Il nous semble difficile de simplifier davantage la compréhension générale de la folie. et d'une façon qui réponde plus exactement aux faits cliniques.

Voici, résumées sous forme de tableau synoptique, les données précédentes :

CLASSEMENT MÉTHODIQUE
DES
ÉTATS PRIMITIFS D'ALIÉNATION MENTALE

I

ALIÉNATIONS CONSTITUTIONNELLES OU INFIRMITÉS CÉRÉBRALES

1° CONGÉNITALES :
Imbécillité. Idiotie. Crétinisme

2° ACQUISES :
Démence.

II

ALIÉNATIONS FONCTIONNELLES OU FOLIES PROPREMENT DITES

1° FOLIES GÉNÉRALISÉES OU AVEC RÉACTION GÉNÉRALE MORBIDE

(Folies symptomatiques).

a. — AVEC EXCITATION
OU
ESPÈCE : *MANIE*

1° Excitation généralisée. — *manie aiguë*....
- *Manie subaiguë* (agitation maniaque).
- *Manie aiguë* proprement dite.
- *Manie suraiguë* (délire aigu).

2° Excitation prédominante dans la sphère
- *intellectuelle*.... — *Manie intellectuelle* (excitation maniaque).
- *morale*.. ...... — *Manie morale* (manie raisonnante).

b. — AVEC DÉPRESSION
OU
ESPÈCE : *MÉLANCOLIE*

1° Dépression généralisée. — *mélancolie aiguë*
- *Mélancolie subaiguë* (dépression melancolique).
- *Mélancolie aiguë* proprement dite.
- *Mélancolie suraiguë* (stupeur)

2° Dépression prédominante dans la sphère
- *intellectuelle*.. — *Mélancolie intellectuelle* (mélancolie délirante)
- *morale*....... — *Mélancolie morale* (mélancolie raisonnante.

c. — AVEC EXCITATION ET DEPRESSION
OU
ESPÈCE : *FOLIE A DOUBLE FORME*

2° FOLIES PARTIELLES OU SANS RÉACTION GÉNÉRALE MORBIDE

(Folies essentielles.)

a. — Stade d'analyse subjective
(*Folie hypocondriaque*).

b. — Stade d'explication délirante
(*Folie de persécution*
Folie religieuse ou mystique)

c. — Stade de transformation individuelle
(*Folie ambitieuse*).

C'est dans l'ordre indiqué sur ce tableau de classement que nous allons maintenant étudier dans la *pathologie spéciale*, les différentes formes primitives d'aliénation mentale.

DEUXIÈME SECTION

PATHOLOGIE SPÉCIALE

LIVRE PREMIER

ÉTATS PRIMITIFS D'ALIÉNATION MENTALE

PREMIÈRE CLASSE

ALIÉNATIONS CONSTITUTIONNELLES OU INFIRMITÉS CÉRÉBRALES

CHAPITRE IV.

I. INFIRMITÉS CÉRÉBRALES CONGÉNITALES (*Faiblesse d'esprit. Imbécillité. Idiotie. Crétinisme*)—II. INFIRMITÉS CÉRÉBRALES ACQUISES (*Démence*).

I

INFIRMITÉS CONGÉNITALES

Les *infirmités cérébrales congénitales sont constituées par l'arrêt de développement de l'intelligence survenu soit avant, soit après la naissance, et lié à un vice d'organisation du cerveau.* Elles comprennent par conséquent toutes les individualités psychiques inférieures, depuis celles qui s'éloignent à peine du type normal, jusqu'aux êtres absolument dégradés chez lesquels il y a annihilation complète des facultés mentales.

On divise habituellement ces états d'infirmité psychique en trois classes : 1° la *Faiblesse d'esprit* ou *débilité mentale* constituée par les enfants simplement arriérés : 2° l'*Imbécillité*, qui comprend les individus plus dégradés que les précédents, mais possédant encore un certain degré d'intelligence ; 3° l'*Idiotie* qui réunit les êtres chez lesquels l'arrêt de développement intellectuel est poussé à ses dernières limites. Il faut y joindre le *Crétinisme*, infirmité congénitale spéciale qui mérite une place à part à côté de l'idiotie, en raison de sa nature et de ses caractères particuliers.

§ I. — Faiblesse d'esprit. (Débilité mentale.)

La *Faiblesse d'esprit* ou débilité mentale est une infirmité congénitale de l'intelligence qui n'affecte pas toujours les mêmes caractères et ne répond pas à un type unique. Non seulement les enfants arriérés qui la constituent offrent des degrés divers d'arrêt de développement, mais encore, ils se présentent sous les aspects les plus variés, et les lacunes de leur intelligence portent de préférence chez les uns et chez les autres, sur telle ou telle faculté.

En général, ils se font remarquer par la lenteur avec laquelle s'opère leur développement intellectuel; leur instruction est rarement complète, et ils sont, pour la plupart, forcés de renoncer à leurs études. Mais ce qui les caractérise surtout, *c'est un manque absolu d'équilibre* dans leurs facultés ; à côté de qualités brillantes, d'aptitudes distinguées, de talents artistiques réels, ils présentent des lacunes profondes

dans le jugement et le sens moral, une mobilité d'idées et de sentiments extraordinaire, un entraînement presque impulsif vers l'excentricité, la fourberie, les excès, quelquefois les actes dangereux. Ce sont des composés de bien et de mal, susceptibles au même degré d'affection ou de haine, de sentiments égoïstes ou généreux, d'actions honorables ou malfaisantes ; brillant parfois par les dehors extérieurs, les agréments du physique, le tour vif et aiguisé de l'esprit, la facilité de l'élocution, l'excellence de la mémoire; révélant au contraire leur infériorité et leur incapacité dans les choses sérieuses, dans la façon de vivre et de se conduire : en un mot leur intelligence, comme l'a dit Marcé, est *un instrument auquel il manque un certain nombre de cordes.*

Bien que cet état de faiblesse d'esprit s'accompagne le plus souvent d'arrêts de développement plus ou moins marqués dans l'ordre physique, et notamment de ces particularités telles que la microcéphalie, le prognathisme, l'aplatissement des oreilles, etc., etc., que Morel a désignées sous le nom de *stigmates de l'hérédité*, il est des cas, cependant, où la constitution physique paraît tout à fait normale.

§ II. — Imbécillité

L'*Imbécillité* est, au point du vue de l'infirmité intellectuelle, un degré de plus que la faiblesse d'esprit. Il ne faut pas oublier, toutefois, que la limite entre ces deux états est assez indécise, et qu'il existe un certain

nombre d'individus, entre les deux, assez difficiles à classer dans l'un ou dans l'autre.

Les imbéciles sont en général bien conformés, vigoureux, bien portants ; leur tête, toutefois, présente des anomalies plus ou moins remarquables. Leur crâne, petit ou volumineux, affecte les malformations et les asymétries les plus variées ; la physionomie dénote le défaut de l'intelligence et souvent rappelle, par sa configuration générale, l'aspect d'un animal ; le front est bas et étroit, les oreilles mal conformées et mal implantées ; les yeux sont petits, sans expression, souvent atteints de strabisme ; il existe aussi de la blésité, du prognathisme, des anomalies du voile du palais, de la luette , et, presque toujours aussi, des organes génitaux qui se font remarquer tantôt par leur état rudimentaire, tantôt, au contraire, par leur volume exagéré.

Au point de vue psychique, les imbéciles ne possèdent qu'une somme plus ou moins restreinte d'intelligence; c'est à peine s'ils peuvent arriver à apprendre à lire, à écrire,à compter ; susceptibles d'acquérir une teinte légère et superficielle en toutes choses, ils sont incapables d'une ligne de conduite correcte et suivie, de rien faire de sérieux. Cependant, certains d'entre eux se font remarquer, comme les faibles d'esprit, mais à un degré moindre, par des aptitudes artistiques plus ou moins brillantes, de grandes qualités de mémoire ou d'imitation et souvent aussi par une certaine vivacité d'esprit, une promptitude et une finesse de répartie qui font qu'ils ont toujours le dernier mot, et mettent les rieurs de leur côté. Cette par-

ticularité qui étonne chez eux et fait un contraste frappant avec les lacunes si profondes de leur intelligence, explique pourquoi ils étaient choisis autrefois comme bouffons par les rois, qu'ils égayaient par leurs saillies et leurs bons mots.

Au point de vue moral, les lacunes sont peut-être plus profondes encore que dans le domaine de l'intelligence, et si ces malades sont susceptibles de présenter, à divers degrés, des sentiments et des affections d'ordre un peu élevé, ce sont surtout les sentiments inférieurs et les mauvais instincts qui dominent en eux. La plupart sont vaniteux, gourmands, poltrons, crédules, paresseux, irascibles, enclins aux excès vénériens ou alcooliques, et aux actes de violence (Marcé); presque tous se livrent à l'onanisme, quelques-uns même à des pratiques contre nature. A certains moments, ils peuvent être pris plus ou moins brusquement d'accès de mélancolie ou de manie pendant lesquels ils commettent surtout des actes d'obscénité, ou même se livrent à l'incendie, au vol, au suicide ou à l'homicide. Lorsque ces accès, qui très souvent prennent chez eux le caractère intermittent ou circulaire, se reproduisent plusieurs fois, les malades ne tardent pas à tomber dans la démence.

§ III. — Idiotie

L'*Idiotie*, autrefois confondue avec toutes les infirmités de l'esprit et tous les états d'obtusion intellectuelle, a surtout été mise en lumière par Esquirol, qui s'est attaché à la différencier de la démence. On

connaît la phrase classique de cet auteur : « L'*homme en démence, dit-il, est privé des biens dont il jouissait autrefois; c'est un riche devenu pauvre : l'idiot a toujours été dans l'infortune et dans la misère.* »

Esquirol reconnaissait trois degrés dans l'idiotie et aujourd'hui encore, on admet généralement deux catégories dans cet état d'infirmité cérébrale : 1° les *idiots du deuxième degré*; 2° les *idiots du premier degré* ou *idiots complets.*

1° Les *idiots du deuxième degré* tiennent le milieu entre les imbéciles et les idiots complets.

Physiquement, ils présentent des vices de conformation très accusés dans les différentes parties du corps. Leur taille est en général petite; leurs mains sont celles d'un enfant, et présentent souvent des particularités spéciales (main idiote). Leur tête est le plus souvent petite, irrégulière, quelquefois au contraire elle est énorme ; leur face est sans expression; la surdi-mutité, le strabisme, les divisions congénitales du voile du palais, les anomalies de l'oreille, de la dentition, des organes génitaux, les différentes déformations du corps sont chez eux des plus fréquentes ; ils sont sujets à des tics bizarres, à des mouvements choréiformes; ils présentent souvent de la paralysie, surtout de la paraplégie ou de l'hémiplégie infantiles avec atrophie et contracture; leur sensibilité est très obtuse et quelquefois presque nulle; enfin, ils sont sujets à des complications névropathiques et surtout à l'épilepsie.

Intellectuellement, leurs facultés sont extrêmement bornées et pour ainsi dire à l'état rudimentaire. En général, ils ne prononcent que quelques mots ou quel-

ques phrases, qui constituent leur seul vocabulaire ; ils mangent seuls, et savent choisir leurs aliments ; ils reconnaissent ceux qui vivent autour d'eux, et montrent quelque attachement pour ceux qui leur donnent des soins. Mais, à part quelques aptitudes artistiques isolées et non susceptibles de culture, ils n'ont aucune intelligence, à proprement parler; leur instruction est nulle; ils savent à peine leur nom et leur âge, et sont incapables de donner la moindre indication sur le cours des années et des mois, la valeur des pièces de monnaie, celle des différentes couleurs, etc., etc.

Moralement, les sentiments et les affections sont complètement absents et sont remplacés par des *instincts*. L'instinct génital surtout est développé ; la plupart de ces malheureux se masturbent en public et devant leurs proches sans aucune apparence de pudeur ; d'autres se livrent à la pédérastie, courent après toutes les femmes ou exhibent leurs organes génitaux dans la rue. Enfin, ces idiots, comme les imbéciles et les idiots complets, sont très souvent atteints d'épilepsie. Très enclins à la colère, ils peuvent être pris d'accès d'agitation maniaque pendant lesquels ils poussent des cris sauvages et inarticulés et se livrent à des actes de violence absolument bestiale.

2° *Chez les idiots complets*, l'arrêt de développement physique et intellectnel atteint ses dernières limites, et se manifeste par l'absence complète d'intelligence, de sentiments, de sensibilité, et même de certains instincts. La plupart sont hideux à voir, rachitiques, couverts de scrofules, atteints de vices de conformation de toute nature, de paralysies partielles

et de contractures, de mouvements choréiques et convulsifs, de tics automatiques et, très souvent aussi, d'épilepsie. Beaucoup sont aveugles, sourds, muets, dépourvus des sens du goût et de l'odorat, absolument incapables de marcher, de s'habiller, de manger seuls. Leur physionomie est hébétée, sans expression ; leurs lèvres entr'ouvertes laissent s'écouler constamment la salive ; les évacuations sont involontaires ; des cris rauques et inarticulés s'échappent de leur gorge ; la seconde dentition ne se fait pas, aucun signe de puberté ne se produit : à vingt ans, ces malheureux paraissent avoir quatre ans. Tout se réduit, chez eux, à l'accomplissement des dernières fonctions végétatives, et les seuls signes de vie qu'ils manifestent sont leurs balancements automatiques et les manœuvres inconscientes de masturbation auxquelles ils se livrent. Un tel état est incompatible avec une longue existence et les idiots, à ce degré, ne vivent guère au delà de 25 ou 30 ans.

Étiologie — L'idiotie et, par suite, les divers arrêts de développement que nous venons d'étudier, reconnaissent comme cause principale, l'*hérédité*, surtout l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'hystérie, l'alcoolisme, la syphilis et la consanguinité chez les ascendants. Alors même que l'idiotie n'est pas congénitale mais, comme on le dit, acquise, c'est presque toujours l'hérédité qui en est la cause première, non plus directement, mais indirectement par les maladies infantiles telles que méningite, convulsions, hydrocéphalie, etc., qu'elle détermine. A côté de l'hérédité, on a noté, comme causes adjuvantes, les coups, les

chûtes sur la tête, la compression du crâne pendant l'accouchement, et, aussi, la compression en usage dans certains pays pour donner à la tête des enfants une forme déterminée.

Anatomie pathologique. — Les lésions susceptibles d'être observées dans les infirmités cérébrales, et notamment dans l'idiotie, portent surtout sur l'ensemble de la tête et doivent être divisées en *externes* et *internes*.

1° Il n'existe pas, à proprement parler, de déformation du crâne spéciale à l'idiotie. Toutes les anomalies décrites peuvent se rencontrer, depuis les plus simples, qui se manifestent par une diminution générale du volume du crâne sans altération de ses proportions respectives, jusqu'aux plus compliquées, qui se traduisent par ces déformations diverses qu'on a désignées sous le nom de scaphocéphalie, plagiocépe,hal etc., etc.

D'une façon générale, et à part les cas où l'idiotie est liée à une hydrocéphalie chronique, la plus constante des déformations est la *microcéphalie*, à des degrés divers, avec diminution correspondante de la cavité crânienne. Les diamètres sur lesquels la diminution porte le plus fréquemment sont les diamètres transversaux, en sorte que, contrairement à la grande majorité des crétins, les idiots sont plutôt *dolicocéphales* que brachycéphales. Les sutures s'ossifient tantôt prématurément, soit dans l'ensemble, soit de préférence sur certains points ; tantôt au contraire elles ne s'ossifient que tardivement, ou même jamais.

Dans ce dernier cas, elles sont souvent remplies par une grande quantité d'os wormiens.

2° Si l'on en exclut quelques cas exceptionnels dans lesquels le cerveau a été trouvé plus volumineux et plus lourd qu'à l'état normal, la *diminution du volume et du poids de cet organe est l'altératiou la plus constante* et la *plus remarquable dans l'idiotie*. Le poids du cerveau, chez les idiots, varie de 700 à 1,100 grammes.

A côté de cette altération, il en existe d'autres telles que l'inégalité très marquée des deux hémisphères, l'atrophie de l'un d'eux; l'état rudimentaire de certaines régions, surtout des lobes antérieurs; l'absence de certaines parties telles que le corps calleux, les noyaux centraux, la voûte à trois piliers, etc. ; des lésions diverses telles que l'hydrocéphalie, la porencéphalie, l'amincissement, la maigreur et même l'absence de certaines circonvolutions, surtout des circonvolutions frontales, avec élargissement plus ou moins marqué des sillons et des scissures, surtout de celle de Sylvius. Enfin, au point de vue histologique, on a observé diverses altérations de structure de la substance nerveuse, le ramollissement de la substance grise, la présence de nombreuses cellules idiotes, et aussi certaines anomalies de la circulation cérébrale, signalées récemment par M. Luys.

Diagnostic. Pronostic.—Le *diagnostic* de l'infirmité psychique congénitale est en général très facile, car elle ne peut guère être confondue avecla démence. Le seul point difficile consiste à déterminer exactement

le degré atteint par l'arrêt de développement, car ainsi que nous l'avons dit, les limites entre les diverses variétés adoptées d'infirmités cérébrales ne sont pas nettement tranchées.

Quant au *pronostic*, il n'est pas nécessaire d'en faire ressortir la gravité. L'idiotie complète est incompatible avec une longue existence. L'idiotie incomplète et l'imbécillité sont seules susceptibles d'une légère modification sous l'influence d'un traitement spécial.

TRAITEMENT. — Grâce aux efforts de Belhomme, Felix Voisin, Séguin, Delasiauve, etc., on a constitué peu à peu une thérapeutique et une pédagogie spéciales pour les idiots. Ce traitement, dont nous ne pouvons indiquer en détail ici les règles particulières, consiste dans l'emploi sagement combiné de moyens hygiéniques, moraux et intellectuels.

§ IV — CRÉTINISME

DÉFINITION. — On désigne sous le nom de crétinisme: *un arrêt de développement de l'organisme à caractères particuliers, portant surtout sur la constitution physique, d'origine endémique, et s'accompagnant habituellement de goître.*

Les crétins sont divisés habituellement en trois classes qui représentent les trois degrés progressifs de la dégénérescence : 1° les *crétineux* ou *pesants ;* 2° les *semi-crétins ;* 3° les *crétins*.

1° Les *crétineux* sont essentiellement caractérisés : *intellectuellement*, par les symptômes d'une imbécillité

plus ou moins complète ; *physiquement*, par les signes du premier degré de la cachexie. Ces signes consistent surtout dans l'épatement du nez, la largeur de la bouche, la coloration terreuse de la peau, la bouffissure de la face, la mauvaise implantation et le mauvais état des dents, un arrêt de développement général de l'organisme plus ou moins accusé ; enfin, dans l'existence presque constante d'un goître de volume variable. Le volume de la tête est, en général, considérable et, le type *brachycéphale* évident comme chez la plupart des crétins. Ces crétineux présenteraient également toujours, d'après Cerise, une dépression fronto-occipitale assez prononcée. Ils sont aptes à la reproduction.

2° Les *semi-crétins* se différencient surtout des crétineux par un degré beaucoup plus accusé des signes de cachexie extérieure. La différence au point de vue intellectuel est moindre ; au reste, la plupart des crétins ne sont pas, à proprement parler, des idiots, et, chez quelques-uns, la dégénérescence intellectuelle n'est nullement en rapport avec la dégénérescence physique. Les semi-crétins ont, en général, la taille ramassée, les membres trapus, les articulations volumineuses et engorgées, le cou gros et court ; d'autres fois, au contraire, ils sont maigres et élancés; leur tête est volumineuse, développée surtout en largeur; leurs yeux écartés, à demi recouverts par des paupières bouffies; leurs joues et leurs lèvres flasques et pendantes; leurs dents cariées et mal implantées; leur peau terreuse, leur goître volumineux. Leur démarche est vacillante et désordonnée ; leurs sphincters relâ-

chés; leur respiration stertoreuse et sifflante; leur langue pendante entre les lèvres écartées laisse s'écouler la salive. Leur sensibilité est très obtuse, leur intelligence très bornée, et leur langage, très imparfait, se réduit, le plus souvent, à quelques monosyllabes. Bien différents des crétins complets, ils ont des organes génitaux volumineux, et font preuve, presque toujours, d'une grande salacité.

3° Les *crétins complets*, entièrement dépourvus de facultés intellectuelles et reproductices ainsi que de langage articulé, doués uniquement de facultés végétatives, représentent le plus haut degré de la dégénérescence crétineuse. (Marcé). Ils ressemblent à des enfants en bas âge, et ont, comme eux, la poitrine grèle, le ventre proéminent, leurs dents de lait. Le goître, chez eux, est peu volumineux lorsqu'il existe, ce qui s'explique par l'absence de puberté. Leurs organes génitaux sont tout à fait rudimentaires. Ils peuvent à peine marcher, et restent quelquefois dans l'immobilité la plus absolue. Tous leurs sens sont obtus et quelquefois nuls; la voix est réduite à des cris rauques ou à des grognements qui n'ont rien d'humain.

Etiologie. — Il résulte des nombreux travaux dont le crétinisme a été l'objet que cette dégénérescence ne reconnait pas une cause unique, mais qu'elle est la conséquence de plusieurs causes surajoutées.

Les unes tiennent à la constitution géologique du sol, à l'altitude, à la situation topographique, à la constitution chimique de l'air et des eaux. On sait, en effet, que le crétinisme s'observe surtout à l'état endé-

mique dans certaines vallées resserrées entre les montagnes des Alpes, des Pyrénées, de l'Auvergne, de l'Écosse, du Tyrol, de la nouvelle Grenade, de l'Indoustan. En France, c'est le département de la Haute-Savoie qui fournit le plus de crétins. Ces vallées sont, pour la plupart, resserrées, humides, privées d'air, de lumière et de soleil, à une altitude égale ou à peine supérieure au niveau de la mer. Leurs villages sont adossés contre le flanc des montagnes, et les maisons basses et humides. Le terrain est un terrain magnésien; les eaux, provenant de la fonte des neiges sont crues, mal aérées, mêlées de silice, chargées de sels de chaux et dépourvues de brome et d'iode. De plus, dans les villages infestés, les conditions hygiéniques sont des plus mauvaises, et les malheureux habitants y vivent dans la malpropreté la plus repoussante.

A côté de ces causes, qui se retrouvent dans tous les pays où sévit la dégénérescence crétineuse et qui font d'elle une *affection endémique*, viennent se placer des causes individuelles consistant surtout dans l'hérédité, les mariages consanguins, etc. Que les cachexies goîtreuse et crétineuse soient, ou non, les mêmes, il n'en est pas moins vrai que les crétins représentent les rejetons les plus dégradés d'une race qui a commencé par le goître, et que les goîtreux et les crétins s'engendrent mutuellement.

Nature. — On n'est pas bien fixé sur la nature et la cause prochaine du crétinisme. Une des théories les plus rationnelles et les plus admises, consiste à considérer le crétinisme comme une *hydrocéphalie*

œdémateuse diffuse, produite par la compression qu'exerce la *glande thyroïde* sur les vaisseaux du cou. Cette théorie, cependant, est passible de plusieurs objections, dont la principale est que certains crétins, les crétins complets, surtout, ne sont pas ou sont peu goîtreux. Une explication analogue a été formulée dans une thèse récente, qui attribue non pas à la glande thyroïde, mais au *thymus hypertrophié* cette action de compression sur les vaisseaux du cou.

Quoi qu'il en soit, ces théories, seraient-elles exactes, ne feraient que reculer la difficulté; car il faudrait toujours expliquer soit l'origine du goître, soit la persistance et l'hypertrophie du thymus chez les crétins.

Il faut admettre, en fin de compte, que le crétinisme est le résultat de causes complexes, surtout endémiques, qui ont principalement pour effet de déterminer un arrêt de développement spécial de l'organisme.

On sait aussi qu'il existe des cas de *crétinisme sporadique* dans les villes. M. Ball en a présenté, l'année dernière, un cas remarquable à l'Académie.

Quant à l'*anatomie pathologique* du crétinisme, elle n'a rien d'absolument spécial. Elle consiste, comme chez les idiots, dans la diminution du volume et du poids du cerveau, dans le rétrécissement des trous du crâne, surtout du trou occipital, et dans l'atrophie de plusieurs régions, notamment des circonvolutions cérébrales.

Traitement. — Le traitement le plus important du crétinisme est le traitement *prophylactique*.

Il consiste dans l'application de mesures d'hygiène destinées à lutter contre les causes générales de cette dégénérescence. On sait que depuis le percement des routes, l'assainissement des villages, la captation et l'aménagement de bonnes eaux potables, enfin la diminution de la misère dans les pays infectés, le goître et le crétinisme y ont diminué de fréquence. Il en est de même des mariages assortis qui peuvent, dans une certaine mesure, combattre efficacement le principe héréditaire.

Quant au *traitemeut curatif*, il consiste dans le déplacement des enfants crétins et leur transport dans des contrées saines, dans une éducation morale et physique appropriée, enfin, dans l'usage de l'iode et des préparations iodurées.

II

INFIRMITÉS ACQUISES

DÉMENCE SIMPLE

La *démence est une infirmité cérébrale acquise, caractérisée par la déchéance des facultés intellectuelles et morales.*

La démence a été longtemps confondue avec l'idiotie et avec la stupeur, qu'Esquirol considérait comme une *démence aiguë*. Il n'est pas nécessaire de rappeler que cette dernière est constituée par l'obtusion et non par l'affaiblissement de l'intelligence.

Étiologie. — Le démence est la conséquence d'une

foule de causes diverses. On la divise en *primitive* et *consécutive*, suivant qu'elle apparaît d'emblée ou à la suite d'une autre affection, dont elle n'est alors que l'étape terminale. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente, si bien que M. Ball a pu dire que la démence constituait un *point d'arrivée* et non pas un *point de départ*. La démence primitive est celle qui est due aux progrès de l'âge (démence sénile), ou à des altérations organiques du cerveau (démence apoplectique, paralytique etc.); la démence consécutive est celle qui termine les diverses folies (démence vésanique), l'épilepsie, l'alcoolisme, les arrêts de développement, et, d'une façon générale, toutes les affections qui aboutissent à l'usure des facultés intellectuelles et morales.

Description. — Nous devons nous borner à décrire ici la *démence simple*, c'est-à-dire l'infirmité cérébrale acquise uniquement constituée par l'*affaiblissement intellectuel*. C'est là le squelette de la démence, le fond commun à toutes ses variétés. Quant aux particularités, délirantes et autres, qu'elle présente dans certains cas, ce sont là des symptômes surajoutés, que nous signalerons à l'occasion des divers états pathologiques dont ils sont la conséquence. Le type de la démence simple est représenté par la *démence sénile non délirante*.

On peut distinguer à la démence trois périodes : 1° une période initiale; 2° une période moyenne ; 3° une période terminale.

1° *Période initiale.* Il est exceptionnel de voir la

démence éclater brusquement. Le plus souvent, son début est insidieux, et l'affaiblissement intellectuel est déjà plus ou moins profond, lorsqu'on le constate. Tout d'abord, il survient une incapacité plus ou moins grande de travail, un manque de précision et de lucidité dans les affaires, les idées, le jugement, des erreurs de chiffres et de calculs. Bientôt, des lacunes se manifestent dans la mémoire, qui est, en général, la *première faculté atteinte*. L'amnésie porte d'abord sur les souvenirs les plus récents et, par suite, les moins *adhérents* (Kussmaül), tandis qu'au contraire les souvenirs anciens reviennent en foule et s'illuminent d'une réviviscence particulière. Les malades oublient ce qu'ils ont fait et dit la veille, ils perdent leurs objets, et ne se rappellent pas ce qu'ils sont venus faire lorsqu'ils arrivent quelque part. Lorsqu'ils parlent, ils *rabâchent* constamment, en oubliant des noms et des mots, les mêmes histoires dans les détails desquelles ils s'égarent, perdant à chaque instant le fil de leur discours. En même temps, leur caractère change, et, sous ce rapport, on peut les distinguer en deux classes : les *apathiques* et les *excités*; les uns placides et doux, les autres acariâtres et irritables à l'excès. Le plus souvent ils commencent à perdre, à ce moment, les bonnes manières, l'usage et le bon ton, et à pécher dans leurs discours, leurs gestes, leur tenue, leur façon de vivre, contre les règles les plus élémentaires de la politesse et de la bienséance.

2° *Période moyenne*. Au bout d'un temps plus ou moins long, les malades deviennent absolument incapables d'un travail sérieux et soutenu, et leur démence

fait des progrès évidents. Des faits récents, l'amnésie s'étend aux idées, aux mots, aux notions scientifiques ou professionnelles, aux langues apprises, n'épargnant que les premières acquisitions du premier âge; ce qui légitime parfaitement l'expression populaire : « tomber en enfance ». Il en résulte une puérilité d'idées et de langage, une diminution progressive des sentiments et des affections qui font du dément un véritable enfant, crédule, sans volonté, mobile à l'excès, oublieux des choses les plus simples et incapable de se conduire. Quant au langage, il devient *incohérent*, non pas à la façon de celui des maniaques, chez lesquels il résulte d'un excès d'activité intellectuelle et est purement elliptique, mais par suite de l'oubli des mots et des expressions à employer. C'est une *incohérence verbale*, une espèce d'aphasie caractéristique. Il en est de même pour l'écriture.

A un degré plus marqué, le dément *est réduit à l'état d'automate, et vit dans l'inconscience la plus complète.* Chose curieuse, cependant, bien qu'ayant tout oublié, jusqu'au nombre, à l'âge, au nom de ses enfants, jusqu'au sien propre, quelquefois, il peut encore se livrer d'une façon irréprochable et par une espèce d'habitude acquise, à des occupations ou à des distractions plus ou moins difficiles, telles que lecture de journaux, jeux de cartes, d'échecs, de billard, etc. A ce moment, son langage n'est plus qu'un *radotage* sans aucune signification.

Du côté physique, il existe également certaines particularités à signaler : ainsi, la plupart des déments prennent de l'embonpoint, et chez eux, les fonctions

organiques s'exécutent avec la plus grande régularité. Il semble que la vie intellectuelle et la vie physique soient devenues tout à fait indépendantes l'une de l'autre. En revanche, le sommeil est léger, court, souvent presque nul. Chez certains, surtout chez ceux dont la démence relève d'une affection cérébrale, organique, la parésie des sphincters ne tarde pas à survenir. Il s'y joint des signes évidents d'affaiblissement musculaire.

3° *Période terminale.* Cette période est constituée par l'*anéantissement* à peu près absolu de l'intelligence et par les progrès de la cachexie organique. Au point de vue intellectuel et moral, le dément se trouve, à ce moment, dans les mêmes conditions que l'idiot ; plus rien n'existe de ce qu'il a été autrefois. En même temps, il maigrit, perd l'appétit, devient complètement gâteux, et, réduit à un état de décrépitude plus ou moins complet, il finit par mourir, soit par suite d'une complication cérébrale ou viscérale, soit par suite de troubles trophiques ou des progrès de la cachexie.

Durée. Anatomie pathologique. — La démence simple peut durer plus ou moins longtemps ; en général son évolution est très lente et s'étend à *plusieurs années.* Quant aux lésions auxquelles elle se lie, elles varient suivant la cause de la démence. On peut dire toutefois, d'une façon générale, que la démence correspond à l'atrophie cérébrale et à des altérations dégénératives des centres nerveux.

Traitement. — Le traitement de la démence ne

peut être qu'un traitement palliatif. Quand la démence est simple, il se borne à des soins hygiéniques et moraux, à l'emploi d'une surveillance régulière, à l'usage de certains médicaments destinés à éviter les complications. Lorsque l'affaiblissement intellectuel s'accompagne de délire et surtout d'actes pathologiques , il est souvent nécessaire de recourir à la séquestration.

DEUXIÈME CLASSE

ALIÉNATIONS FONCTIONNELLES OU FOLIES PROPREMENT DITES

PREMIER GROUPE

FOLIES GÉNÉRALISÉES OU SYMPTOMATIQUES

(Folies avec réaction générale morbide.)

CHAPITRE V

MANIE

I. MANIE AIGUE, (*manie subaiguë, délire aigu, manie chronique, intermittente, rémittente*). — II. EXCITATION MANIAQUE. — III. MANIE RAISONNANTE.

§ I. — MANIE AIGUË, FRANCHE

DÉFINITION. — La manie a été définie par Esquirol : « *une affection cérébrale, chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté* ». M. Ball la définit à son tour : *une folie « caractérisée par un délire généralisé avec une vive surexcitation de l'intelligence et un besoin tumultueux de mouvement* ».

ÉTIOLOGIE. — La manie n'a pas à proprement parler, d'étiologie spéciale, et elle peut reconnaître, iso-

lées ou réunies, la plupart des causes que nous avons énumérées à l'étiologie de la folie. Il faut se borner à indiquer qu'elle atteint de préférence les jeunes sujets et qu'elle se manifeste surtout pendant le printemps et l'été.

Symptomatologie.— On peut reconnaître à la manie aiguë une période de début ou d'invasion, une période d'état, une période de terminaison.

1° *Période d'invasion.*—La manie aiguë peut éclater brusquement et se constituer d'emblée à la période d'état ; mais ce mode de début est rare, et, le plus souvent, elle passe par une période d'invasion plus ou moins longue qui consiste, d'ordinaire, dans un état de malaise, de tristesse, d'appréhension vague, accompagné de quelques troubles nerveux et organiques, tels que céphalalgie, insomnie, inappétence, constipation, etc. Ce stade prémonitoire dure plus ou moins longtemps, de quelques heures à quelques jours ; petit à petit, l'*excitation apparaît*, s'accroît, devient permanente ; un besoin impérieux d'activité et de mouvement se fait sentir ; toutes les facultés et toutes les fonctions s'exaltent par degrés. Il en résulte une mobilité extrême dans les idées et dans les actes, des déplacements continuels, des conceptions et des projets multiples, de l'irritabilité de caractère, des emportements sans motif et, souvent aussi, une tendance plus ou moins marquée aux excès alcooliques et vénériens qu'il faut bien se garder, dans ce cas, de prendre pour une des causes de la maladie, car ils n'en sont qu'un des premiers effets. C'est ainsi

que progressivement survient la période d'état.

2° *Période d'état.* — L'accès de manie aiguë ne se prête pas à une description unique, invariable, et le tableau des symptômes, quoique essentiellement le même, au fond, varie plus ou moins suivant les sujets. Aussi, me semble-t-il préférable d'en étudier les principaux caractères successivement dans la sphère intellectuelle, dans la sphère morale et dans la sphère physique.

A. — *Sphère intellectuelle.* — Le trait caractéristique de l'état de l'intelligence, dans la manie aiguë, est l'*excitation désordonnée* des facultés, dont le fonctionnement soustrait au contrôle de la volonté, s'opère au hasard et sans frein. Il en résulte : 1° un *défaut d'enchaînement dans les idées* qui, surgissant en foule et sans trêve, se pressent, s'accumulent, se confondent, chevauchent les unes sur les autres sans que le lien qui les unit, paraisse exister ; 2° *une incohérence très grande* de langage qui révèle cette confusion et ce désordre des idées et se traduit par un flux de mots sans suite, par les phrases les plus décousues, surtout par des propos obscènes qu'on rencontre jusque dans la bouche des jeunes filles dont l'éducation a été irréprochable. En raison de cette mobilité extrême d'idées, il n'y a pas, à proprement parler, de *délire* chez les maniaques et si les conceptions ambitieuses ou de persécution peuvent se manifester chez eux, par exemple, ce n'est presque jamais d'une façon suivie et systématique. 3° Un autre symptôme très important consiste dans l'existence à peu près constante d'*illusions* nombreuses et très variées. Par contre, les

hallucinations sont très rares, si elles existent véritablement. Les illusions, dans la manie, sont *sensorielles* ou *mentales*. Les *illusions sensorielles*, liées à l'hyperesthésie des organes des sens, et à la précipitation avec laquelle les malades répondent à leurs sensations sans les analyser, portent surtout sur le *sens de la vue*, et consistent dans des erreurs de forme, de volume, de position d'objets ou de persónnes, etc. Les *illusions mentales*, très caractéristiques, sont également fréquentes. Conséquence aussi de l'activité désordonnée de l'esprit, elles ont pour origine la rapidité des impressions et surtout la *suractivité de l'association des idées*, qui déterminent, chez les malades, des rapprochements extraordinaires. Un mot prononcé devant eux, éveille toute une scène à laquelle ce mot se rattache ; la terminaison d'un autre mot les amène à prononcer immédiatement un autre mot d'une terminaison analogue, et ils construisent ainsi des phrases entières par *assonances* ou par *rimes*. De même, le nom ou le visage des personnes étrangères qui les entourent leur rappellent des individus qu'ils ont autrefois connus, et éveillent en eux tout un monde de souvenirs du passé, qn'ils adaptent à leur vie présente. C'est ce qui explique pourquoi ils désignent ces individus sous des noms particuliers et les traitent en personnes de connaissance. Le moindre objet, la configuration d'une chambre, d'une fenêtre, la lecture d'un mot ou d'une seule lettre deviennent chez eux le point de départ des rêves les plus fantastiques, et ils se croient tour à tour et dans l'espace de quelques instants: papes, rois, médecins, cultivateurs, orateurs, femmes;

dans un palais, dans une prison, un hôpital, un théâtre, etc., etc. Ils assistent en imagination aux scènes les plus étranges. Leur délire est un rêve en action. Les maniaques guéris qui, chose curieuse, se rappellent jour par jour et minute par minute ce qu'ils ont dit et fait dans le cours de leur accès, expliquent très bien comment le moindre mot, le moindre objet devenaient chez eux le point de départ des idées les plus extraordinaires. On peut dire que le maniaque, dans sa période aiguë, vit dans un état d'illusion perpétuelle.

Quant aux *écrits*, ils sont absolument analogues au langage, c'est-à-dire incohérents, sans suite, chargés de dessins et d'arabesques, de citations et de mots baroques, et écrits dans tous les sens.

Sphère morale.— Dans la sphère morale, le tableau est le même et se résume également dans une *activité désordonnée des sentiments, des instincts et des actes*. De là, une *mobilité*, une *incohérence*, un *changement incessant* de sentiments, d'affections, de passions ; les malades pleurent et rient : ils sont doux et tendres ; un instant après ils s'emportent violemment et parfois se mettent en fureur (fureur maniaque). Au fond, les maniaques ne sont pas foncièrement méchants, car ils sont incapables de calculer le mal, en raison de la variabilité incessante de leurs impressions. Ils n'ont pas, à proprement parler. de *caractère*. Quant *aux instincts*, ils sont également exaltés d'une façon maladive, surtout l'*instinct génital*, et il n'arrive que trop fréquemment de voir ces malades se livrer avec fureur à la masturbation, ou, lorsqu'ils sont

libres, accomplir jusqu'à épuisement complet l'acte du coït.

A cette excitation désordonnée des facultés intellectuelles et morales, correspond une *excitation analogue des actes*, qui se traduit par un besoin perpétuel, de mouvement, des courses, des sauts, des danses, des gesticulations bizarres, des vociférations et des cris incessants. Par suite du tumulte des idées et des sentiments, les maniaques, obéissant en aveugles à leurs sensations, sont sujets à des *impulsions continuelles* et *instantanées*. Ils sont ainsi dangereux inconsciemment, sans le vouloir, mais ils sont plutôt portés à briser, à déchirer, à renverser par une sorte de besoin automatique ce qui leur tombe sous la main, qu'à combiner et à exécuter des actes d'homicide ou de suicide, qui nécessitent une réflexion dont ils sont incapables.

Sphère physique. — Ici encore, nous retrouvons une *excitation désordonnée* qui se révèle dans la plupart des manifestations physiques.

L'*attitude générale* des maniaques est caractéristique. Ils sont dans un état perpétuel de mouvement et d'excitation et aucune partie de leur corps ne reste en repos. C'est un dévergondage incessant d'actes, de gestes, de chants, de cris, de rires, de contorsions ; la voix présente une raucité particulière; le visage est animé, vultueux, les yeux brillants ; la tenue désordonnée, les vêtements déchirés ; les femmes, surtout, sont échevelées, demi-nues, prennent des poses et des

attitudes lubriques, et ressemblent dans certains cas, à de véritables furies.

Le *sommeil* est nul ou presque nul, et les nuits sont souvent plus agitées encore que la journée. L'insomnie résiste à tous les calmants, et persiste quelquefois pendant plusieurs mois. La *sensibilité générale* est ordinairement très émoussée, et les malades, malgré le désordre de leur tenue, paraissent insensibles aux plus grandes modifications de température. Les *organes des sens*, au contraire, sont presque toujours le siège d'une *hyperesthésie* plus ou moins vive. La *force musculaire* paraît accrue; en tous cas, on voit des sujets, même de frêles jeunes filles, déployer une vigueur dont on ne les aurait pas crus capables ; de plus, en dépit de la persistance de l'agitation et de l'effroyable dépense de forces à laquelle ils se livrent, les malades ne paraissent jamais lassés.

Quant aux *fonctions organiques*, elles subissent presque toujours le contre-coup de cette excitation. Le pouls est plus *fréquent*; la *température* souvent *élevée*; le *rhythme respiratoire accéléré*; les *sécrétions augmentées*, surtout celle de la salive qui se traduit par une *sputation* parfois incessante, et celle de la sueur, qui dégage, dit-on, comme une *odeur de souris*. L'*appétit est exagéré* et va, dans certains cas, jusqu'à la voracité et à la gloutonnerie les plus révoltantes ; la *constipation* est *opiniâtre*. Quant au *poids du corps*, il est de beaucoup diminué et le malade maigrit de plus en plus ; ce n'est qu'au moment de la convalescence, ou, au contraire, du passage à l'état chronique, que l'embonpoint commence à revenir. Chez

les femmes, la *menstruation* est habituellement supprimée ; lorsqu'elle persiste, son retour est presque toujours l'occasion d'une recrudescence dans l'état d'excitation.

3° *Période de terminaison.* La période d'état de la manie aiguë a une durée extrêmement variable. En général, elle se compte par mois, et si on pouvait fixer un chiffre approximatif, on pourrait dire que sa durée habituelle est de deux à six mois.

Quoi qu'il en soit, l'accès peut se terminer: 1° par la *guérison ;* 2° par la *mort ;* 3° par le *passage à l'état chronique.*

GUÉRISON. — La guérison, dans la manie aiguë, a lieu de plusieurs façons différentes.

L'excitation peut *tomber tout à coup*, du jour au lendemain, et le malade, qu'on a laissé la veille en état de manie aiguë, se réveille le lendemain dans un état de calme parfait et dans la plénitude de sa raison. Souvent même, *il n'est jamais plus lucide qu'à ce premier moment.* Ce mode de guérison, rare d'ailleurs, ne doit pas être considéré comme de bon aloi, et il paraît plus spécial aux manies à type intermittent ou rémittent. Il faut donc s'en défier, et, lorsqu'il survient, se tenir en garde contre les rechutes.

Un second mode de guérison est celui qui s'opère par *oscillations progressives.* Lorsque l'accès doit finir, une lueur de calme apparaît, qui se reproduit à intervalles de plus en plus rapprochés, devenant chaque fois plus longue et plus marquée, et alterne avec le retour de l'excitation qui devient au contraire de moins

en moins intense et prolongée pour en arriver à disparaître complètement.

Un dernier mode de guérison est la guérison par *diminution progressive* et ininterrompue des symptômes. Elle débute par un apaisement de l'excitation, le retour du sommeil et de l'embonpoint, et aboutit graduellement au rétablissement complet. Il est évident que cette amélioration des symptômes n'a de valeur que si elle porte à la fois sur l'état mental et sur l'état physique, car, ainsi que nous l'avons dit, le retour de l'embonpoint coïncidant avec la persistance des troubles intellectuels, est, au contraire, un signe de fâcheux augure. A part cette éventualité, le mode de guérison par amélioration progressive, comme d'ailleurs le précédent, est en général favorable.

Mort. — La manie aiguë se termine rarement par la mort. Celle-ci est due presque toujours, lorsqu'elle a lieu, à un délire aigu surajouté, ou à une complication organique, surtout à une affection pulmonaire.

Passage a l'état chronique. — Après la terminaison par guérison, la terminaison la plus fréquente de la manie aiguë est le passage à l'état chronique.

Ce moment capital où la maladie aiguë cesse d'être curable pour s'installer définitivement, est l'un des points les plus difficiles à préciser de la médecine mentale. Lorsqu'il doit avoir lieu, on voit l'excitation, après s'être légèrement *atténuée*, persister indéfiniment à ce degré nouveau, en s'accompagnant toujours d'incohérence et de confusion dans les idées, tandis qu'au contraire les forces reviennent et que l'embon-

point se rétablit. Rien n'est plus variable que l'époque où s'opère ce passage à l'état chronique. Chez certains sujets, il a lieu presque immédiatement, au bout du deuxième ou du troisième mois, à dater du début de l'accès ; chez d'autres, il n'est pas encore accompli après trois ou quatre ans.

Manie chronique. — Quoi qu'il en soit, une fois la transformation opérée, la maladie prend le nom de *manie chronique*. La manie chronique peut d'ailleurs survenir d'*emblée*, sans avoir passé par l'état aigu, mais le fait est assez rare. La manie chronique ne diffère en rien, comme symptômes, de la manie aiguë, dont elle n'est, en réalité, que la *persistance sous forme atténuée*.

Manie rémittente. Dans la plupart des cas de manie chronique, l'excitation, en perdant son caractère d'acuité primitive, finit par prendre aussi le *type rémittent* ; c'est-à-dire qu'assez modérée d'habitude, elle subit, à certains moments, des exacerbations plus ou moins marquées qui sont comme des réminiscences de l'ancien état aigu, et surviennent sous l'influence de causes diverses, surtout du retour de la menstruation chez les femmes. En même temps, la mobilité des idées étant moindre, le délire est plus suivi, plus fixe, et il prend presque toujours, la *forme ambitieuse*.

Manie intermittente. — Dans certains cas, mais cela a lieu surtout dans la manie chronique d'emblée, la manie affecte le type franchement *intermittent*, c'est-à-dire qu'elle est composée d'accès plus ou moins

aigus, séparés par des intermissions d'une durée variable. D'après quelques auteurs, cette intermission ne serait jamais un retour complet à l'état normal.

La manie chronique peut durer indéfiniment, 20 ans, 30 ans, et plus. Au bout d'un temps variable et quelquefois très long, les facultés intellectuelles s'affaiblissent, et le malade tombe peu à peu dans la *démence*, conservant encore, dans ce dernier état, des traces manifestes de son agitation et de son délire primitifs (démence maniaque).

Variétés de Manie aigue. — La manie, telle que nous l'avons décrite, est la manie classique, la manie franche, *aiguë*. Mais au point de vue du degré d'acuité, il en existe deux autres variétés distinctes, l'une au-dessous, l'autre au-dessus ; ce sont : 1° la *manie subaiguë* ou *agitation maniaque ;* 2° la *manie suraiguë* ou délire aigu.

1° Manie subaigue. — (*Agitation maniaque*). La manie subaiguë ou agitation maniaque n'est autre chose que la manie aiguë diminuée d'un degré au point de vue de l'intensité des symptômes. Chez elle, l'excitation se traduit plutôt dans la sphère des actes (agitation maniaque), que dans la sphère intellectuelle, où la surexcitation est de beaucoup moindre. C'est elle que l'on observe en général dans la manie chronique, lorsque l'accès aigu prend la caractère subaigu, et surtout dans les infirmités cérébrales (imbécillité, idiotie, démence), lorsqu'elles se compliquent de manie, en raison de l'absence d'intelligence dont elles s'accompagnent (agitation spasmodique).

Manie suraigue. (*Délire aigu*). — Le délire aigu n'a pas de place bien définie dans le cadre des maladies mentales. Pour certains auteurs, c'est une entité morbide, pour d'autres, un simple symptôme. En général, on en admet deux variétés : 1° le *délire aigu vésanique*, qui n'est que la plus haute expression de la manie aiguë et ne s'accompagne d'aucune lésion à l'autopsie ; 2° le *délire aigu paralytique,* qu'on considère comme une sorte de paralysie générale aiguë, et qui correspond, anatomiquement, à des altérations de méningo-encéphalite diffuse. Au fond, il est plus simple d'admettre que le délire aigu n'est, en effet, qu'un état de manie suraiguë, tantôt *simple* et par conséquent sans lésions, et tantôt *associé* avec d'autres états morbides, comme la paralysie générale et l'alcoolisme, dont les altérations morbides l'accompagnent alors.

Le délire aigu est presque toujours précédé d'une *période de tristesse prémonitoire* qui, dans certains cas, peut faire croire à un accès de mélancolie commençante. Bientôt, l'*agitation* apparaît, et en peu de jours, en peu d'heures parfois, elle atteint son plus haut degré d'acuité. La langue devient sèche, la *fièvre* s'allume, le pouls dépasse 120 pulsations, la température atteint rapidement 40 et 41°, la tête est chaude, l'œil hagard, la peau couverte d'une sueur visqueuse. Les malades paraissent terrifiés ; ils sont en proie à l'agitation la plus vive; ils poussent des cris incessants, rejettent constamment de la salive et des crachats, ont horreur des aliments et vont même, parfois, jusqu'à l'hydrophobie.

A ce moment, la guérison est encore possible, mais la maladie se termine le plus habituellement par *la mort*, qui survient du cinquième au dixième jour. Alors, la fièvre augmente ; à l'agitation succède une espèce de *coma* ; le pouls s'accélère et perd de sa force ; la langue et les lèvres se couvrent de croûtes fuligineuses, l'haleine est fétide, la respiration haletante ; l'excrétion des urines et des matières fécales s'opère involontairement ; l'insomnie est persistante ; il survient des soubressauts de tendons, des convulsions, générales ou partielles ; des symptômes *typhiques* se manifestent ; la diarrhée apparaît, le pouls est imperceptible, le coma devient de plus en plus profond ; enfin, les défaillances arrivent et le malade meurt, soit subitement, au milieu d'une *syncope*, soit lentement, par *épuisement nerveux*.

Dans la plupart des cas, malgré l'état si grave qui s'est manifesté, on ne trouve aucune lésion apparente à l'autopsie ; ce n'est que lorsque le délire aigu est symptomatique d'une autre affection, que le cerveau présente des altérations évidentes, telles que la congestion des méninges et de la couche corticale, des adhérences multiples, la *teinte hortensia* de la substance grise, l'œdème des circonvolutions, l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, etc., etc.

Marche. Durée. — La manie franche, aiguë a, en général, une *évolution régulière* comprenant une période d'*augment*, d'*état* et de *déclin* ; mais elle peut présenter des irrégularités dans sa marche, des temps d'arrêt, des rémittences. Sa *durée* est également va

riable, et si on peut la considérer comme étant, en moyenne, de un à trois ou quatre mois, elle peut se prolonger bien davantage et persister pendant plusieurs années. Quant à l'époque de l'apparition de la *démence*, dans la manie chronique, elle ne présente, non plus, rien de fixe; chez certains héréditaires, elle est très précoce et presque immédiate ; chez d'autres malades, elle est extrêmement lente et tardive.

Anatomie pathologique. — Les autopsies de manie aiguë sont, le plus souvent négatives ; les lésions qu'on y rencontre se résument, en général, dans une *hyperhémie généralisée* des centres nerveux.

Dans la manie chronique, on observe d'habitude une *atrophie* plus ou moins générale des lobes cérébraux, de certaines circonvolutions, avec dégénérescence graisseuse et disparition des cellules dans des régions diverses de l'écorce.

Pronostic. — Le pronostic de la manie aiguë est le plus souvent favorable, puisque, d'après la plupart des auteurs, elle guérit environ deux fois sur trois lorsqu'elle est *simple*.

Les chances de guérison sont surtout grandes dans les *six premiers mois ;* elles diminuent de moitié dans le second semestre; à dater de la troisième année, elles deviennent presque nulles. Les cas de guérison qu'on a cités après plusieurs années sont des cas exceptionnels, et qui n'infirment en rien la règle.

La *saison* influe sur le mode de terminaison. En général, les maniaques guérissent peu l'hiver; les guérisons s'élèvent au printemps ; c'est pendant l'été et sur-

tout pendant l'automne qu'on en observe le plus. De même, plus le sujet est *jeune*, et plus il a de chances de guérir. Un *premier accès* est plus curable qu'un second ou qu'nn troisième accès. La curabilité varie également suivant les *causes*. Quant à la *forme* de la maladie, on sait que la manie aiguë est la plus curable ; vient après, la manie subaiguë. Le délire aigu est presque toujours mortel, et la manie chronique n'est susceptible que de très légères modifications.

Diagnostic. — La manie aiguë est, en général, des plus faciles à reconnaître. Tout au plus pourrait-on la confondre dans les premiers jours, avec un *délire fébrile* masquant le début d'une affection aiguë. Nous avons indiqué, à la pathologie générale, les éléments de ce diagnostic.

Le diagnostic le plus important, est celui de savoir si l'accès de manie aiguë est *simple* ou s'il n'est pas *symptomatiqne* d'un autre état morbide, paralysie générale, alcoolisme, épilepsie, état puerpéral, etc., etc. Ce point, parfois très difficile à élucider, ne peut être résolu que par une connaissance approfondie des symptômes propres à la maladie principale, et des particularités qu'elle imprime à l'accès de manie lui-même. Nous trouverons donc les éléments de ce diagnostic dans la suite de notre étude.

Il faut enfin se demander, en face d'un accès de manie aiguë, si ce n'est pas le premier anneau d'une chaîne pathologique c'est-à-dire le début d'une *manie intermittente* ou d'une *folie à double forme*. La succession des accès peut seule lever tous les doutes.

Mais il faut se défier, en général, lorsque l'hérédité est très marquée, lorsque des cas de folie intermittente ou circulaire ont existé chez les ascendants, enfin, lorsque l'accès a eu un début brusque, qu'il s'est aussi terminé brusquement, et que la guérison n'a jamais été aussi parfaite qu'aux premiers jours.

Traitement. — Isolement, aussitôt que possible. Durant l'accès, emploi des calmants de toute sorte, surtout des bains prolongés pendant plusieurs heures par jour. Contre l'insomnie, chloral et bromures alcalins, alternativement ou mélangés. Dérivatifs sur le tube intestinal. Lorsqu'on craint le passage à l'état chronique, on peut essayer une révulsion énergique, et établir une suppuration artificielle. Même traitement pour le délire aigu. Traitement des symptômes. Suivant les cas, emploi de la camisole de force et alimentation forcée.

§ II. — Excitation maniaque

(*Exaltation maniaque*, *manie intellectuelle*)

On doit entendre sous le nom d'*excitation maniaque une variété de manie dans laquelle l'excitation porte plus spécialement sur l'intelligence ; c'est une véritable manie intellectuelle.*

L'excitation maniaque n'est pas un simple degré de la manie aiguë ; c'est véritablement une forme spéciale de manie qui a une existence propre et mérite une description à part.

Étiologie. — L'excitation maniaque reconnaît les

mêmes causes que la manie aiguë et la folie en général ; elle relève plus souvent de l'*hérédité* que la manie franche, et on peut dire que la plupart des excités maniaques sont des héréditaires.

Description. — L'excitation maniaque présente une infinité de degrés, depuis la simple suractivité du fonctionnement physiologique de l'intelligence, jusqu'à l'excitation tumultueuse et délirante la plus aiguë.

Au degré le plus inférieur, elle n'est qu'une simple exagération de l'activité psychique, et, à ce titre, peut faire partie intégrante de la constitution de certains individus qui sont, toute leur vie, des *excités maniaques*.

A un degré plus élevé, l'excitation maniaque est franchement pathologique et s'accompagne de symptômes très nets.

Dans la sphère intellectuelle toutes les facultés sont dans un état d'exaltation extrême. L'*imagination surexcitée*, fait concevoir aux malades mille projets, aussitôt abandonnés que conçus ; ce sont des combinaisons d'affaires, des projets politiques et sociaux, des inventions, des idées scientifiques, artistiques, littéraires qui surgissent en foule, mais qui diffèrent très nettement des idées délirantes de la manie aiguë en ce que, quoique pour la plupart irréalisables, elles n'ont rien en elles-mêmes d'absurde et se meuvent constamment dans la sphère des choses possibles. Souvent même, en raison de l'état d'exaltation des facultés, elles offrent un cachet d'originalité, de nouveauté, de distinction et de supériorité qui les rend

véritablement remarquables. On a vu des malades, dans cet état, réaliser des inventions utiles, trouver des solutions importantes, mettre au jour des productions d'une haute valeur, en un mot, se montrer plus intelligents et plus féconds qu'ils ne l'avaient jamais été.

La *mémoire* est non moins surexcitée, elle l'est quelquefois à tel point que tous les souvenirs, même ceux qui paraissent les plus oubliés, se reproduisent en foule, et qu'on voit les malades réciter de longues tirades d'auteurs classiques, faire, dans toutes les langues et dans toutes les sciences, les citations les plus exactes et les plus justes, indiquer des noms, des dates et des chiffres avec la précision la plus surprenante ; en un mot, étaler en détail et sans en perdre aucune, toutes les notions, petites ou grandes, qu'ils ont acquises depuis leur naissance.

Le *langage* est à l'avenant, c'est-à-dire que la *verve* des excités maniaques est intarissable. Loquaces au plus haut degré, ils s'expriment avec une facilité extraordinaire, souvent même avec élégance et recherche ; leurs discours sont émaillés de traits d'esprit, de fines railleries, de plaisanteries caustiques, d'anecdotes pleines d'intérêt. Il en est de même de leurs *écrits* et de leurs autres productions intellectuelles, qui, toutes, portent la marque de cette exaltation brillante des facultés.

Quant à la nature des idées elles-mêmes, elle est extrêmement mobile et variable. Les conceptions qui prédominent sont les idées d'orgueil, d'ambition, de fortune, de persécution vague, etc. ; mais elles se

maintiennent en général dans les limites de la cohérence et il n'y a pas, à proprement parler, de délire.

Dans certains cas, toutefois, l'excitation des facultés devient plus grande encore, et il s'y joint un *véritable délire*, toujours à demi cohérent qui revêt le plus souvent la *forme ambitieuse*, et se traduit par des idées d'invention, de haute politique, d'érotisme etc., etc. C'est ce qui avait fait distinguer, autrefois, plusieurs variétés de manie intellectuelle, qu'on appelait, suivant la forme des idées prédominantes, *manie ambitieuse*, *manie des inventeurs*, *manie érotique*, etc. Lorsque l'excitation maniaque s'accompagne ainsi de délire, il s'y joint assez souvent, comme dans la manie aiguë, des illusions sensorielles et mentales, mais bien moins déraisonnables. Jamais il n'y a d'hallucinations, à moins qu'il n'existe, en même temps, un autre état morbide surajouté.

Dans la sphère morale, la surexcitation se traduit, en général, par une exagération plus ou moins marquée des mauvais sentiments et des mauvais instincts. Les excités maniaques sont, pour la plupart méchants, orgueilleux, processifs, prodigues, obscènes, haineux, emportés, même violents. Ils se plaisent à tourner tout le monde en ridicule, à tramer des perfidies, et sont merveilleusement servis, dans ces tendances perverses, par la lucidité et l'excessive finesse de leur esprit. En même temps, ils ont une propension, souvent très marquée au mouvement, au scandale, à la dipsomanie, à l'érotisme, surtout lorsque l'accès revêt une forme aiguë. Ce n'est guère que dans la paralysie générale que l'excitation maniaque peut se traduire

par une surexcitation morale opposée, c'est-à-dire par des dispositions généreuses et par une excessive philanthropie.

L'excitation maniaque s'accompagne presque toujours d'une *suractivité physique*, mais modérée, cohérente et toujours bien différente de l'agitation incoercible de la manie aiguë. Il s'y joint parfois des phènomènes de congestion passagère, tels qu'inégalité pupillaire, tremblements, légère hésitation de la parole, qui compliquent d'autant plus le diagnostic que l'excitation maniaque est assez souvent symptomatique d'une paralysie générale au début.

Marche. Durée. Terminaison. — L'accès d'excitation maniaque affecte à peu près la même *marche* et la même *durée* que la manie aiguë. Sa *terminaison* la plus fréquente est la guérison ; elle passe rarement à l'état chronique ; quelquefois, elle peut être remplacée par un accès de manie aiguë.

Pronostic. — Si l'on ne considère que l'accès en lui-même, le *pronostic* est des plus favorable; il faut se rappeler toutefois que l'excitation maniaque est presque toujours la première étape d'une folie à double forme ou d'une manie intermittente, quand elle n'est pas symptomatique d'une paralysie générale commençante ou de l'hystérie, ce qui modifie sensiblement le pronostic.

Anatomie pathologique. — Rien à signaler à ce point de vue, si ce n'est une hyperhémie cérébrale plus *circonscrite* que dans la manie, Les autopsies, d'ailleurs, sont très rares dans cette affection.

Diagnostic. — L'excitation maniaque, avec ses symptômes pathognomoniques de suractivité intellectuelle, se reconnaît d'elle-même. Il n'est guère possible de la confondre avec la *manie aiguë*, dont elle se sépare par l'absence d'agitation désordonnée, ni avec le *délire ambitieux* (folie partielle) qui lui, en dehors de ses autres caractères, n'est jamais primitif. Il est bien plus difficile de distinguer l'état morbide auquel elle se rattache, surtout lorsqu'il s'agit d'une *folie à double forme* ou d'une *paralysie générale* commençante. Il faut se rappeler que dans la folie à double forme les signes physiques de congestion font plus souvent défaut, que les conceptions n'y sont jamais absurdes et démentes, enfin que les malades sont foncièrement méchants et dangereux.

Traitement. — Presque toujours, lorsque l'excitation maniaque atteint un certain degré d'acuité, on est obligé de recourir à la séquestration, en raison des dangers que les malades font courir à leurs familles et à la société. Pour le reste, même traitement que dans la manie aiguë.

§ III. — Manie raisonnante.

(*Folie morale, folie des actes, manie sans délire, moral insanity, folie ou manie instinctive.*)

Définition. — La *manie raisonnante est une forme de manie habituellement chronique, caractérisée par une excitation prédominante dans la sphère morale, et par*

des troubles des sentiments, des instincts et des actes sans délire intellectuel proprement dit.

Étiologie. — Il n'est pas d'affection mentale plus héréditaire que la manie raisonnante. C'est au point que Morel en a fait le type de ses folies héréditaires. Les causes occasionnelles ne jouent donc qu'un rôle très secondaire dans sa production.

Description. — De même que chez quelques individus il existe, pendant toute la durée de la vie, un certain degré d'excitation intellectuelle qui fait partie intégrante de leur constitution, de même, chez d'autres, il existe à titre d'état permanent, un certain degré d'excitation morale qui dépasse les limites physiologiques sans être une véritable folie. C'est *un premier degré de manie raisonnante.*

Cet état a pour base une intégrité fonctionnelle plus ou moins complète de l'intelligence, mais avec insuffisance du sens moral, perversion des sentiments et des affections, et surtout tendance innée aux actes pervers et dangereux. Plus ou moins brillants en apparence, les individus ainsi constitués, sont incapables d'une ligne de conduite suivie et régulière, mais surtout, ils ne vivent que pour le mal. Duplicité, tromperie, mensonges, calomnies, indélicatesses, vols, tel est le cercle habituel dans lequel ils tournent. Ils font le désespoir de leurs familles et professent ouvertement pour leur père ou pour leur mère, des sentiments haineux. Ils semblent avoir le génie du mal et mettent au service de leurs mauvais penchants une finesse, une ruse, et

un machiavélisme qui les rend particulièrement dangereux.

A un degré plus élevé, cet état devient une véritable folie, qui se présente sous la forme *aigüe* ou *chronique*.

La *forme aigüe* est rare. Comme l'excitation maniaque, qu'elle représente dans la sphère morale, elle peut être symptomatique de la folie à double forme, de l'hystérie, plus rarement de la paralysie générale. Elle se lie également très souvent aux infirmités cérébrales congénitales.

La *forme chronique* est la plus fréquente. Elle est alors constituée par un fonds d'*insuffisance morale* avec *tendance continuelle aux actes absurdes*, extravagants, criminels, et *accès d'excitation* plus ou moins violents, accompagnés *d'impulsions*.

Ces impulsions, qui sont des tendances irrésistibles, et qui contrastent avec l'intégrité apparente de l'intelligence, avaient été prises, à une époque, pour la maladie tout entière, ce qui avait porté à admettre autant de monomanies instinctives ou impulsives qn'il existait de genres d'impulsions. Ces impulsions sont: l'*impulsion à boire* (dipsomanie), revenant par accès plus ou moins fréquents et conduisant au bout d'un certain temps à l'alcoolisme chronique ; l'*impulsion aux actes érotiques* de toute sorte, voire aux actes contre nature, à l'amour socratique, à la sodomie, à la bestialité (érotomanie) ; l'*impulsion au vol* (kleptomanie), à l'*incendie* (pyromanie), à l'*homicide* (monomanie homicide), bien plus rarement au *suicide* (monomanie suicide). En dehors de leur tendance aux impulsions,

les raisonnants sont orgueilleux, vantards, fanfarons, grossiers, mais ils ont une grande souplesse, et savent parfaitement au besoin jouer un rôle, de façon à duper tout le monde. Dans les asiles, ils sont la plaie des services dans lesquels ils se trouvent placés, et où trop souvent leur apparente raison les fait considérer comme sains d'esprit. Remis en liberté, ils commettent aussitôt quelque acte extravagant ou dangereux qui montre qu'ils sont absolument incapables de vivre livrés à eux-mêmes. Ils sont le jouet de leurs penchants et n'ont aucune volonté.

Souvent, ils offrent une espèce d'état *intermittent* ou *circulaire ;* ils peuvent être pris, également, d'un accès de manie aiguë. Ils n'ont pas d'hallucinations, à moins qu'elles ne soient dues à un état morbide surajouté, par exemple à un accès d'alcoolisme déterminé par leurs impulsions dipsomaniaques.

Physiquement, ces malades offrent les signes d'une certaine dégénérescence. C'est surtout chez eux qu'on trouve les *stigmates de l'hérédité.*

Marche. Durée. Terminaison. — Les accès aigus de manie morale avec impulsions morbides sont transitoires et passagers ; mais les malades retombent, dans l'intervalle, dans leur état primitif de manie raisonnante, qui lui, est *chronique* et dure autant que la vie.

Pronostic. — Le pronostic est donc grave, et la maladie habituellement *incurable.*

Diagnostic. — La manie raisonnante, avec son fonds de débilité morale, ses tendances perverses, ses

impulsions, ses accès passagers d'excitation, est facile à reconnaître. La difficulté consiste à distinguer si la manie raisonnante constitue à elle seule tout l'état pathologique, ou si elle est liée à un autre état morbide, qui est presque toujours, dans ce cas, la folie à double forme, l'hystérie, l'épilepsie, plus rarement la paralysie générale.

Traitement. — En raison de l'intégrité apparente de leur raison, ces malades ne sont presque jamais considérés, dans le public, comme des aliénés. Aussi, n'est-ce qu'après quelque acte grave de leur part qu'on se décide à la séquestration. Ils sont pourtant, des plus dangereux.

CHAPITRE VI

MÉLANCOLIE OU LYPÉMANIE

I. Mélancolie aigue (*Mélancolie subaiguë. Mélancolie avec stupeur. Mélancolie chronique. Intermittente. Rémittente.*) — II. Mélancolie délirante. — III. Mélancolie raisonnante.

§ I. — Mélancolie aigue

Définition. — La *mélancolie aiguë est une folie généralisée caractérisée par des idées délirantes de nature triste et un état général de dépression.*

Etiologie. — La mélancolie reconnaît d'habitude les mêmes causes que les autres formes de folie. Les chagrins prolongés, les fatigues corporelles, l'état puerpéral, les affections viscérales, c'est-à-dire d'une façon générale, les causes débilitantes et dépressives lui paraissent, cependant, plus spéciales.

Début. — L'invasion de la mélancolie aiguë est plus lente encore que celle de la manie. Elle se traduit par des malaises généraux, de l'abattement, de la tristesse. un dégoût de tout, une certaine tendance à l'anxiété, et presque toujours aussi par des troubles

gastro-intestinaux tels qu'état saburral, constipation, anorexie etc. Cette période prémonitoire peut durer plus ou moins longtemps, mais peu à peu les symptômes s'aggravent et l'accès en arrive à sa période d'état.

Période d'état. — La mélancolie aiguë est caractérisée par des troubles de l'*intelligence*, du *moral* et du *physique*.

A. *Sphère intellectuelle*. — Dans la sphère intellectuelle, les troubles principaux consistent dans : une *perturbation générale de l'activité psychique*, un *délire caractéristique* et des *hallucinations*.

La *perturbation de l'activité psychique* consiste en une *dépression* générale des facultés d'où résulte une paresse et une lenteur plus ou moins marquées des opérations intellectuelles, mais qui n'exclut pas cependant, une certaine activité délirante. Cette dépression de l'intelligence a surtout pour effet d'amoindrir l'énergie et la volonté du malade, qui tombe, le plus souvent, dans l'indécision la plus complète.

Le *délire de la mélancolie aiguë* est caractéristique. Il peut être très variable comme expression, mais le fonds en est toujours le même ; c'est un composé d'idées tristes, telles qu'idées de ruine, d'impuissance, d'hypochondrie, de damnation, de persécutions vagues, d'empoisonnement, de déshonneur, surtout de *culpabilité* et de *criminalité* imaginaires. Les malades se croient perdus, couverts de honte ; ils repassent les mille détails de leur vie et y trouvent des forfaits impardonnables pour lesquels ils sont condamnés à de

terribles supplices ou à la mort ; ils se reprochent tout ce qu'ils font et tout ce qu'ils disent ; ils s'accusent de manquer d'affection pour leurs parents, d'être la cause de leur ruine, de leur mort ; ils ont offensé Dieu, fait de mauvaises confessions, commis des sacrilèges, sont voués à l'enfer ; ils sont, pour tous, un objet de réprobation. Pusillanimes et craintifs au plus haut point, ils n'osent pas faire un pas tout seuls, redoutent constamment quelque chose, sans savoir quoi, se croient en prison, entourés de geôliers, de bourreaux etc. Bien différents des persécutés, qui rapportent leurs tourments au monde extérieur et accusent les autres de tout ce qu'ils souffrent, les mélancoliques rapportent à eux-mêmes tout ce qui se passe de mal autour d'eux, et s'en accusent. La distinction est caractéristique et permet, en dehors de tout autre symptôme, d'établir un diagnostic qui n'est pas sans présenter, parfois, certaines difficultés.

A ce délire correspond, dans la *sphère du langage*, un trouble spécial. Les malades parlent peu, d'une voix sourde, lente et dolente, et, en dehors des plaintes et des gémissements qu'ils exhalent, il faut leur arracher les paroles de force. Quelquefois même, le *mutisme* est complet. De même, les écrits sont nuls, ou presque nuls.

Les *hallucinations* sont à peu près constantes dans la mélancolie aiguë. Ces hallucinations peuvent être multiples et affectent divers sens ; toutefois, celles de l'ouïe sont les plus fréquentes. Les malades entendent nuit et jour, surtout la nuit, des voix qui les accusent, leur reprochent leur conduite, les menacent de divers

supplices; ils voient des fantômes, des morts, des personnages célestes, l'enfer, des flammes, des scènes dramatiques ou terrifiantes, telles que batailles, égorgements, etc., etc. Ils disent respirer de mauvaises odeurs; leurs aliments ont goût de chair humaine; ils sentent mauvais, sont pourris, etc., etc. Pârfois aussi, surtout dans les cas où la mélancolie est *sympathique*, ils éprouvent les *illusions internes*, génitales ou intestinales, les plus variées.

B. *Sphère morale.* — L'état moral des mélancoliques se caractérise par diverses perturbations des sentiments et des affections, des instincts et des actes.

Dans la sphère passionnelle, le trouble peut affecter deux formes différentes. Ou bien les malades sont apathiqnes, indifférents, non seulement à ce qui les regarde, mais à tout ce qui touche leur famille et les êtres qui leur sont le plus chers, allant même, parfois, jusqu'à les prendre en aversion, ou bien au contraire, leurs sentiments affectifs s'exaltent, et ils se préoccupent sans cesse et d'une façon maladive de leurs parents et de leurs amis. En même temps, ils se montrent anxieux, tourmentés, sans volonté, et vivent dans un état perpétuel d'appréhension.

Les *instincts* sont, pour la plupart, émoussés et sans réaction.

Quant aux *actes morbides*, ils sont caractéristiques. En effet il existe deux tendances presque fatalement liées à la mélancolie aiguë; ce sont : 1°. le *refus d'aliments;* 2°. la *tendanee au suicide.*

Le *refus d'aliments*, à un degré quelconque, est presque la règle. Il prend sa source dans les idées

délirantes des malades, qui se croient déshonorés, ruinés, dans l'impossibilité de payer leur nourriture, ou qui se disent indignes de manger et veulent faire pénitence. Ce refus d'aliments est d'ailleurs entretenu par les troubles gastro-intestinaux qui existent presque toujours. La sitiophobie, chez les mélancoliques, présente des caractères spéciaux qu'il faut connaître. Les malades étant incapables de vouloir énergiquement, n'opposent pas, en général un refus obstiné et invincible, comme les persécutés, par exemple. C'est un refus inerte, passif, sans consistance, aussi en vient-on le plus souvent à bout en faisant manger les malades comme des enfants ; il est rare qu'on soit obligé de recourir d'une façon continue à l'alimentation artificielle. Au fond, cette demi-sitiophobie des mélancoliques est peut-être pire encore que la sitiophobie complète, car si elle ne nécessite pas absolument l'alimentation artificielle, elle ne permet qu'une alimentation insuffisante.

Quant à la *tendance au suicide*, elle existe, à des degrés divers, à peu près constamment dans la mélancolie aiguë, et elle s'y présente avec les mêmes caractères d'inertie et d'indécision que le refus de la nourriture. Les mélancoliques voudraient bien mourir, et, pour toutes les raisons morbides qui hantent leur cerveau, la vie leur est à charge ; mais ils sont, le plus souvent, incapables de faire un effort sérieux pour se tuer, et de déployer, dans l'exécution de leur projet, la moindre énergie. Il faudrait, semble-t-il, que la mort leur arrivât toute seule. Aussi dans bien des cas leurs tentatives sont-elles incomplètes et ridicules.

Les uns se bornent à s'enfoncer des épingles dans la peau, à avaler un corps étranger, inoffensif ; d'autres s'entourent le cou d'une corde ou d'un mouchoir et les laissent là sans avoir la force de les serrer. La plupart ruminent très longtemps leur projet ; ils prennent et reprennent sans s'en servir l'arme ou le poison qu'ils ont choisi ; en un mot, ils manifestent un manque absolu d'initiative et de décision. Tels sont les caractères habituels de la tendance au suicide chez les mélancoliques; mais il ne faut pas oublier qu'on ne peut tracer à cet égard de règle absolue, et qu'on peut voir ces malades, sous l'influence d'une impulsion subite ou d'un appel imprévu à l'énergie, en finir brusquement et sans hésiter, avec la vie.

3°. *Sphère physique*. L'état physique des mélancoliques se caractérise par un trouble de réaction générale et par des troubles spéciaux des diverses fonctions.

Le *trouble de réaction générale* consiste dans une *dépression physique* plus ou moins marquée. C'est elle qui donne aux malades leur physionomie caractéristique et qui suffit à les faire reconnaître, même de loin.

Les mélancoliques portent, répandue sur toute leur personne, l'empreinte de la souffrance et de la tristesse. L'*attitude* est triste, la tête baissée, les mouvements lents, les gestes rares, la physionomie altérée, les traits tirés, le visage amaigri et blafard, l'expression douloureuse, le regard morne, éteint, le front ridé, la bouche contractée ; l'immobilité et l'inertie sont souvent très grandes, à part les moments où,

par un excès de souffrance et d'anxiété, il survient une espèce d'excitation factice, après laquelle les malades retombent encore dans leur torpeur. Il faut les habiller, les faire lever, marcher, manger ; sans cela, ils ne bougeraient pas quelquefois.

Le *sommeil* est toujours très troublé, douloureux, pénible, coupé par des rêves, des cauchemars et des hallucinations.

La *sensibilité* est très obtuse, quelquefois pour ainsi dire abolie. Les *sens spéciaux* fonctionnent également avec plus de paresse et de lenteur.

La *respiration* est ralentie, incomplète, et proportionnellement inférieure au rhythme cardiaque. L'*hématose* se fait donc mal, ce qui explique la fréquence des congestions passives du poumon chez les mélancoliques.

Le *cœur* bat avec moins d'énergie et ses mouvements sont plus lents. La *lentenr du pouls* est également caractéristique et il tombe quelquefois à 35 et 40 pulsations. La *température* du corps est abaissée, surtout à la périphérie, où elle peut descendre de 3 à 4 degrés. Les *extrémités* (mains, nez, oreilles), sont refroidies, cyanosées, violacées.

Les *troubles gastro-intestinaux* sont presque cons tants. Ils consistent dans un état saburral des voies digestives, de la dyspepsie, de la flatulence, de la constipation. Ces troubles contribuent en partie au refus de nourriture et sont une des causes de l'amaigrissement général qui se produit. L'*haleine* des mélancoliques est forte, mauvaise, surtout celle des malades qui ne mangent pas. Les *sécrétions* sont aussi dimi-

nuées. Il en est de même habituellement de l'*activité génitale*.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la mélancolie aiguë, comme celle de la plupart des maladies mentales, est chronique. L'accès peut durer de six semaines à trois, quatre, six et dix mois environ. La *terminaison* habituelle est la *guérison* qui s'opère, dans ce cas, par un réveil progressif de l'activité, le retour du sommeil, la disparition des conceptions délirantes. Très souvent, cependant, il reste un état de dépression générale et d'obtusion des facultés, qui persiste plus ou moins longtemps après la guérison.

La terminaison de la mélancolie aiguë par la *mort* n'est pas rare, surtout chez les sujets débilités. Elle a lieu soit par affaiblissement progressif des forces, résultat de l'inanition, de la déchéance physique, soit par une complication viscérale, surtout la congestion pulmonaire. Enfin, la mort peut être déterminée par l'invasion d'un état de stupeur ou par le suicide.

Mélancolie chronique. — Le *passage à l'état chronique* est moins commun que dans la manie. Lorsqu'il doit avoir lieu, la dépression diminue mais persiste à l'état subaigu, les conceptions délirantes et les hallucinations deviennent fixes, et il s'ètablit, de la sorte, une espèce de mélancolie subaiguë permanente, à type rémittent, entrecoupée par des crises épisodiques de mélancolie aiguë, avec réveil de tous les symptômes antérieurs. Dans ce cas, au bout d'un certain nombre d'années, la démence arrive comme dans

la manie chronique, présentant, elle aussi, jusqu'aux derniers moments, les caractères du délire antérieur (démence mélancolique). De même que la manie, mais plus rarement, la mélancolie peut se présenter d'emblée sous la forme *intermittente* ou *rémittente*.

VARIÉTÉS. — La mélancolie aiguë présente deux sous-variétés correspondant à celles de la manie : 1° la *mélancolie subaiguë* ou *dépression mélancolique ;* 2° la *mélancolie suraiguë* ou *mélancolie avec stupeur*.

1° *Mélancolie subaiguë* (*Dépression mélancolique*). La dépression mélancolique représente un degré de moins que la mélancolie aiguë. Elle est caractérisée par un état général de dépression plus ou moins marqué, compatible avec une certaine activité, mais elle diffère surtout de la mélancolie aiguë en ce qu'elle ne s'accompagne que peu ou point de conceptions délirantes et d'hallucinations. Souvent même, tout se borne à un état de torpeur et d'inertie de l'activité intellectuelle, morale et physique, avec tendance à l'immobilité absolue et persistante. Cette variété de mélancolie aiguë s'observe surtout dans la folie à double forme, dont elle constitue souvent la période dépressive, dans la paralysie générale, et enfin, dans la démence, l'imbécillité et l'idiotie.

2° *Mélancolie avec stupeur* (*suraiguë*). — La stupeur ne fait partie du cadre des mélancolies que depuis que M. Baillarger a montré qu'elle en était la plus haute expression; autrefois elle était regardée comme une variété de démence (démence aiguë d'Esquirol). En réalité, on peut la considérer comme une mélancolie

suraiguë, c'est-à-dire comme étant à la mélancolie ce que le délire aigu est à la manie.

Chez elle, la *dépression* est poussée à un tel point qu'elle atteint l'anéantissement complet de la réaction générale, d'ou le nom qu'elle porte de *stupeur*. Toute l'activité est concentrée dans le domaine intellectuel, mais il n'existe aucune manifestation extérieure. Les malades sont en proie au délire le plus terrible, à des hallucinations terrifiantes; ils assistent dans leur for intérieur à des drames épouvantables. Mais rien de ce qu'ils éprouvent ne transpire au dehors, et, à les voir, on dirait qu'ils ne pensent pas. En effet, ils sont absolument inertes, immobiles, et conservent indéfiniment la même position, comme les cataleptiques avec lesquels on les a quelquefois confondus. Ils ne parlent pas, ne mangent pas, ne marchent pas, ne font ni un geste ni un mouvement ; leur figure est impassible et offre le masque de l'hébétude la plus profonde; leurs lèvres sont entr'ouvertes, et il s'en écoule de la salive ; tout leur corps et surtout leurs extrémités sont froides et violacées ; l'anesthésie est complète, la température abaissée de plusieurs degrés, le pouls est d'une extrême lenteur, la sitiophobie invincible, l'état gâteux absolu. Ces malades restent ainsi pendant des mois entiers, tantôt couchés dans leur lit, tantôt debout ou assis dans quelque coin d'une salle, repliés sur eux-mêmes, dans l'immobilité d'une statue. Parfois, sous l'influence d'une impulsion subite, ils sortent tout à coup de leur torpeur, ont un accès subit d'agitation ou se livrent à un acte de violence, puis tout s'éteint, et ils retombent à nouveau dans leur inertie.

La mélancolie avec stupeur est susceptible de *guérison*, et dans ce cas, les malades se rappellent, en général, toutes les phases de leur délire ; mais, le plus souvent, lorsque l'affection se prolonge, ils tombent dans la cachexie et le *marasme*, et finissent par être emportés par les progrès de la déchéance physique ou une complication, telle que la congestion passive et la gangrène du poumon.

Au point de vue physiologique, la stupeur serait, d'après M. Ball, un *phénomène d'arrêt*. Quant aux altérations anatomiques auxquelles elle se lie, il faut signaler l'œdème du cerveau, dont on a voulu faire sa lésion caractéristique, mais qui est loin d'être constante, et une atrophie des circonvolutions, qu'on a observée dans certains cas.

Pronostic. — Le pronostic de la *mélancolie aiguë simple*, dépourvue de toute complication, est presque aussi *favorable* que celui de la manie aiguë. Lorsque la mélancolie est symptomatique, le pronostic varie suivant l'affection à laquelle elle est liée. Contrairement à la manie, la mélancolie s'aggrave dans les saisons d'automne et d'hiver, et guérit plus facilement au printemps. La mélancolie est surtout grave indirectement, par les actes morbides qu'elle détermine : refus d'aliments et tendance au suicide. La variété subaiguë est presque toujours plus tenace que la mélancolie aiguë.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la mélancolie aiguë ne sont que peu ou point apparentes, en général. Le plus souvent, elles consistent dans l'*isché-*

mie de régions diverses du cerveau. Les *altérations viscérales*, surtout celles des organes de l'abdomen, sont en revanche plus fréquentes et plus marquées, ce qui faisait dire déjà à Cœlius Aurelianus : « in melancholicis stomachus, in furiosis vero caput afficitur ». On sait aussi qu'Esquirol attribuait la mélancolie aú déplacement du *côlon transverse*. Les altérations viscérales les plus fréquentes dans la mélancolie aiguë sont celles de l'estomac, de l'intestin, et des organes de la génération (folies sympathiques).

Diagnostic. — La *mélancolie aiguë* peut être confondue avec la *fièvre typhoïde*, surtout au début, et lorsqu'elle s'accompagne d'accélération du pouls et d'un état saburral des voies digestives. Le délire et surtout la marche de la température suffisent bientôt, en général, à lever tous les doutes.

La *mélancolie avec stupeur* doit être distinguée, dans certains cas, de l'*idiotie* et de la *catalepsie.* Il faut se rappeler surtout que, dans la stupidité, les arrêts de développement physique n'existent pas, comme dans l'idiotie, et que, d'autre part, l'état cataleptoïde n'y est jamais absolument complet.

Le diagnostic important consiste à établir si la mélancolie aiguë est *simple,* ou si elle est *liée à quelque état morbide*, surtout à une affection viscérale, ce qui est un cas assez fréquent. Il ne faut jamais négliger, en face d'un accès de mélancolie, d'interroger les divers appareils, surtout lorsqu'il existe de la tendance au suicide et des illusions internes, génitales ou intestinales.

Traitement. — A. *Traitement moral.* La partie la plus importante du traitement, dans la mélancolie aiguë, est le traitement moral. Lorsque l'accès est subaigu ou peu intense, la séquestration n'est pas, dès l'abord, absolument nécessaire ; on peut alors essayer les voyages, les distractions, l'action morale du médecin etc., en prenant les précautions nécessaires contre le refus d'aliments et le suicide. Dans les cas graves, isolement complet, séquestration.

B. — *Traitement médical.* Hydrothérapie, drap mouillé, frictions sèches, bains sinapisés, électricité. Alimentation convenable; au besoin, alimentation forcée. Sédatifs nerveux (bromures, choral), toniques (quinquina, fer, peptones), purgatifs répétés, lavage de l'estomac à la fois contre la sitiophobie et les troubles digestifs. Traitement des complications à mesure qu'elles se produisent.

§ II. — Mélancolie intellectuelle.

(*Lypémanie délirante.*)

Définition. — Nous désignons sous ce nom *une forme de mélancolie, à marche habituellement chronique dans laquelle, avec un fond de dépression générale plus ou moins marqué, il existe, comme symptôme prédominant, un délire mélancolique parfois plus ou moins conscient.*

Étiologie. — L'étiologie ordinaire de la folie. Cette

forme est cependant plus fréquemment *héréditaire* que la mélancolie aiguë.

Description. — La mélancolie intellectuelle n'est que la contre-partie de la manie intellectuelle ou excitation maniaque. Comme elle, elle peut se présenter à *l'état aigu*, mais elle affecte des allures habituellement *chroniques*. A un degré léger, elle existe, à titre permanent, chez un certain nombre d'héréditaires, de faibles d'esprit, qui, avec un fonds constant de dépression, manifestent des idées quasi-délirantes au sujet de leur santé, ou des inimitiés dont ils sont l'objet, etc. C'est un état de demi-folie dans lequel ces individus vivent perpétuellement.

A un degré plus élevé, il existe un *délire mélancolique*, avec une dépression de degré variable. Suivant la forme du délire, on a admis et décrit plusieurs variétés de mélancolie qu'on a rangé les unes dans les folies généralisées, les autres dans les folies partielles et dans les folies avec conscience, mais qui ne sont, au fond, que les aspects divers de la lypémanie délirante. Les principaux types sont :

A. La *mélancolie hypochondriaque* (nosomanie des anciens), caractérisée par des idées délirantes relatives à la santé, au fonctionnement des organes, et accompagnée le plus souvent, d'illusions internes. Elle est souvent liée à des troubles viscéraux dont elle est, alors, la conséquence sympathique.

B. La *mélancolie avec idées de persécution*, caractérisée, comme son nom l'indique, par des idées variables de persécution, non systématiques, avec hallucina-

tions, et qu'il faut bien se garder de confondre avec le délire de persécution essentiel, type de folie partielle.

C. La *mélancolie religieuse*, surtout fréquente à la puberté, à la ménopause, chez les personnes pieuses, et qui est essentiellement caractérisée par des scrupules de conscience, des idées de culpabilité religieuse, des craintes de damnation, des hallucinations de la vue et de l'ouiё etc.

D. Enfin la *folie du doute* qui est bien moins, comme on le pense, une entité morbide ou une folie partielle qu'une simple variété de mélancolie délirante, avec un fond variable de dépression. Elle survient de préférence chez les héréditaires, surtout chez les gens cultivés, et se manifeste particulièrement par une *grande inquiétude intellectuelle, par* un *état anxieux de l'esprit*. Cet état se traduit par des idées délirantes de doute et d'indécision relatives à divers sujets, tels que la métaphysique, les problèmes de l'existence, de la la religion et de la vie future, l'état de l'âme, les occupations de chaque jour, les calculs, les actes les plus ordinaires de la vie. Les malades en arrivent à douter de tout, même quelquefois de leur propre existence. Leur délire consiste en des interrogations perpétuelles auxquelles ils ne trouvent pas de réponse. L'évidence même ne peut les convaincre.

(Un de ces malades, qui m'avait été adressé par le docteur Chevallereau, ayant un jour à moitié mis un tonneau de vin en bouteilles dans sa cave, remonta, après s'être assuré qu'il avait fermé le robinet. Il n'était pas encore en haut que déjà il craignait d'avoir laissé le robinet ouvert; il redescendit, remonta, et fit plusieurs fois ce manège, sans jamais pouvoir être convaincu.)

Tous ces divers délires, dont on a fait, peu à peu, des formes de folie spéciales, ne sont en somme, nous le répétons, que des variétés de lypémanie délirante ; et ce qui le prouve, c'est que dans tous on retrouve les trois éléments essentiels de la mélancolie : 1° un *délire de nature triste;* 2° un *fond de dépression générale;* 3° une *tendance marquée au suicide.*

Marche. Durée, Terminaison. — La marche de la mélancolie intellectuelle est le plus souvent *chronique.* De plus, elle revêt souvent la forme *intermittente* ou tout au moins *rémittente*, avec crises épisodiques plus aiguës. Les malades peuvent guérir, ou être pris d'un accès de mélancolie aiguë ; le plus souvent, ils s'éternisent dans cet état de dépression délirante avec alternatives d'amélioration et d'aggravation, jusqu'à ce qu'ils aboutissent finalement à la *démence*, à moins qu'ils ne succombent à la suite d'une tentative de suicide, d'une mutilation volontaire, ou d'un refus prolongé d'aliments.

Pronostic. — Le pronostic est grave, puisqu'il s'agit d'un état chronique, susceptible il est vrai de guérison, mais ayant une tendance marquée à devenir permanent.

Anatomie pathologique. — Lésions variables et peu connues ; les mêmes, au fond, que celle de la mélancolie aiguë.

Diagnostic. — La lypémanie délirante peut être confondue avec certaines formes de folie partielle, surtout avec la *folie hypochondriaque* et la *folie de persécution.* Les éléments essentiels du diagnostic sont

les trois caractères signalés plus haut, savoir : la nature triste du délire, le fond de dépression générale, et la tendance au suicide, qui font défaut dans les folies partielles.

Il faut surtout s'attacher à déterminer si la mélancolie intellectuelle est simple ou liée à une affection quelconque, car elle est la forme la plus commune de la *folie dite sympathique.* Il est donc nécessaire de bien examiner, physiquement, les malades atteints de lypémanie délirante.

Traitement. — Même traitement que celui de la mélancolie aiguë. Insister sur le *traitement moral.* Traitement approprié dans le cas où la maladie est symptomatique d'une affection viscérale.

§ III. — Mélancolie raisonnante.

(*Mélancolie morale, lypémanie affective, impulsive.*)

Définition. — Sous le *nom de mélancolie morale* ou *mélancolie raisonnante*, nous comprenons *tous les états de folie avec fond de dépression générale, dans lesquels l'élément morbide prédomine dans la sphère morale, sans qu'il y ait, à proprement parler, de délire.*

Ces folies sont, par conséquent, dans le genre mélancolie ce que sont les manies raisonnantes dans le genre manie.

Étiologie. — L'*hérédité* est la cause sinon exclusive, au moins prédominante de la mélancolie raisonnante.

Description. — La caractéristique de la maladie

est un fond de dépression généralisée avec troubles variables dans la sphère morale. Ce sont, pour la plupart, des états chroniques qui se rencontrent, à l'état rudimentaire, chez les héréditaires et les dégénérés au premier degré. Tels sont les individus étudiés par Morel sous le nom d'*émotifs*.

A un degré plus élevé, l'état devient véritablement pathologique, et il se traduit, d'une façon générale, par un état d'*anxiété morale* qui peut revêtir plusieurs aspects.

A. Tantôt l'anxiété morale porte sur les sentiments et les affections. C'est la *mélancolie affective.*

B. D'autres fois, l'anxiété morale se traduit par un sentiment absolu d'*impuissance*. Les malades n'ont aucune volonté, ils ne peuvent pas, ne savent pas vouloir. C'est la *mélancolie perplexe de Lasègue.*

C. Ou bien encore, l'anxiété se traduit par une impossibilité absolue de traverser de larges espaces (*agoraphobie* ou peur des espaces), de séjourner dans des endroits resserrés (*claustrophobie*); de se trouver en face d'objets grandioses (*mégalophobie*) ; de toucher certains objets , tels que boutons de porte, épingles, métaux, etc., etc. (*délire du toucher*) : en un mot par tous ces états que Morel décrivait sous le nom de *délire émotif*, et qu'on a eu le tort d'ériger en espèces morbides, car ils ne sont que les aspects divers que revêt l'anxiété mélancolique dans la sphère morale.

D. Enfin, dans certains cas, la mélancolie morale se traduit par un *trouble des instincts ou des actes.*

Deux formes dominent surtout. 1° Dans l'une, la maladie consiste dans un fond habituel de dépression avec *accès aigus*, caractérisés par une dépression morale plus grande, des malaises, des inquiétudes vagues, des troubles gastriques, aboutissant à une crise de *dipsomanie*, c'est-à-dire à une *impulsion* irrésistible à boire toutes sortes de liquides. L'accès aigu passé, tout rentre dans l'ordre et le malade retombe dans son état habituel de dépression jusqu'à l'apparition d'un nouvel accès, toujours à forme dipsomaniaque. C'est là la véritable dipsomanie, qui n'est autre chose en effet, la plupart du temps, que la forme que revêt, chez certains héréditaires, la mélancolie raisonnante avec accès impulsifs.

2° Il en est de même pour le *suicide*, *mélancolie* également très héréditaire, et qui est aussi constituée par un fonds de dépression plus ou moins marqué avec accès d'impulsion au suicide. On sait que cette *mélancolie suicide* relève, très souvent, d'une hérédité *similaire*, et on a cité des faits très curieux d'impulsion au suicide, survenue au même âge et dans les mêmes conditions chez plusieurs membres d'une même famille, dans plusieurs générations successives.

Marche. Durée. Terminaison. — Marche *chronique*, *intermittente* ou *rémittente*. Durée *indéfinie*. Terminaison *variable* suivant la forme. Ainsi, la mélancolie affective, la mélancolie perplexe peuvent guérir ou se prolonger indéfiniment ; la mélancolie à accès dipsomaniaques entraîne, à la longue, les désordres de

l'alcoolisme chronique ; la mélancolie suicide aboutit presque toujours à la mort volontaire.

Pronostic. — Grave. La mélancolie raisonnante est, en général, *incurable*.

Diagnostic. — La maladie se distingue de la *manie raisonnante* par son fonds de dépression et sa tendance au suicide ; des autres formes de mélancolie, par l'absence de conceptions délirantes ; de la *mélancolie aiguë*, par sa marche chronique et rémittente.

Il faut surtout se préoccuper de savoir si la mélancolie raisonnante est *simple* ou *symptomatique*. En général, on la rencontre chez les héréditaires et les dégénérés au premier degré, dans la folie à double forme, dont elle peut constituer la période dépressive, et surtout dans l'hystérie.

Traitement. — Traitement moral. Éducation spéciale. Direction morale. Surveillance étroite contre les accès impulsifs de dipsomanie et de suicide. Au besoin, séquestration.

CHAPITRE VII

FOLIE A DOUBLE FORME

(*Folie circulaire, Délire à formes alternes, Folie à double phase, etc.*)

Définition. — La *folie à double forme* est une *folie généralisée, caractérisée par la succession régulière d'accès mélancolico-maniaques, c'est-à-dire d'accès constitués par une période de mélancolie et une période de manie, ou vice versâ.*

Étiologie. — La principale cause de la folie à double forme est l'*hérédité*, qui revêt assez fréquemment, chez elle, le type *similaire*. Puis, viennent les autres causes, physiques et morales, de la folie. La maladie est plus commune chez les femmes que chez les hommes. Elle débute en général de 20 à 30 ans, soit à la suite d'une cause occasionnelle, soit même sans cause apparente.

Description. — La folie à double forme étant constituée essentiellement par la succession d'accès mélancolico-maniaques, il est nécessaire d'étudier suc-

cessivement : 1° la *composition des accès* ; 2° la *façon dont ils s'enchaînent les uns aux autres.*

1° L'accès de folie à double forme se compose de deux périodes distinctes, l'une *de manie*, l'autre de *mélancolie.* Or, cette manie et cette mélancolie ne sont pas des états spéciaux à la folie circulaire ; elles ne sont autre chose que la manie et la mélancolie simples, telles que nous les avons étudiées dans les chapitres précédents. Il n'y a donc pas lieu de décrire à la folie à double forme une symptomatologie spéciale ; il suffit d'indiquer que l'accès qui la compose est constitué par une période de manie et une période de mélancolie, pour en savoir d'avance les symptômes.

Toutes les variétés de manie et de mélancolie que nous avons passées en revue peuvent se combiner pour composer l'accès de folie à double forme Ainsi, l'accès peut être formé d'une période de *manie aiguë* et d'une période de *mélancolie avec stupeur*, d'une période d'*excitation maniaque* et d'une période de *dépression mélancolique*, etc., etc. Nous le répétons, toutes les combinaisons sont possibles, et il faut savoir qu'il n'y a pas une relation forcée entre le degré d'intensité de l'une et de l'autre période. Ainsi, une période d'*agitation maniaque* légère peut s'associer à une période de *mélancolie aiguë* ou de *stupeur* pour former l'accès, et réciproquement une période de *dépression mélancolique* simple peut se combiner avec une période de *manie aiguë.*

Toutefois, la constitution la plus ordinaire de l'accès consiste dans la réunion d'une période d'*excitation*

maniaque plus ou moins vive avec une période de *dépression mélancolique.*

Ce qu'il importe de savoir, c'est que lorsqu'un accès a eu lieu, il est habituel de voir les accès suivants lui ressembler exactement, et présenter la même physionomie symptomatique ; en sorte que qui connaît un accès, les connaît tous.

La *transition* d'une période à l'autre ne s'opère pas toujours de la même façon. Tantôt, le changement est *brusque*, *instantané*, et l'individu qu'on a laissé la veille maniaque, par exemple, seréveille le lendemain mélancolique. C'est souvent le cas dans les variétés de folie à double forme à phases et à accès très courts. Il est plus ordinaire de voir le passage d'un état à l'autre se faire par *dégradations insensibles*, en sorte qu'il arrive un moment où l'individu paraît ne plus être ni maniaque ni mélancolique, mais en état d'équilibre parfait. Ce moment d'équilibre avait été, dès l'abord, diversement interprété. Falret père le considérait comme une véritable intermittence de courte durée, de sorte que, pour lui, l'accès se composait de trois périodes : l'une de manie, la seconde d'intermittence, la troisième de mélancolie. Baillarger a montré,de son côté, que ce moment d'équilibre n'était pas une intermittence, mais un simple instant, difficile à saisir, que traversait le malade sans s'y arrêter, pour passer de la période de manie à la période de mélaeilo;nc et que, par conséquent, ces deux états se succédaient l'un à l'autre sans interruption, comme les divers stades de la fièvre intermittente. Un dernier mode de transition, par *oscillations successives*, consiste

dans des séries d'alternatives rapprochées d'excitation et de dépression, servant d'intermédiaire entre la fin d'une période et le commencement de la suivante.

Quelle que soit la façon dont les périodes s'enchaînent, ce qu'il y a de vraiment caractéristique, dans la folie à double forme, c'est le *contraste frappant* qu'offrent les malades suivant qu'on les observe dans une période ou dans l'autre. Dans leur état d'*excitation maniaque*, ils sont rajeunis, engraissés, vifs, alertes, vigoureux, la figure animée, le teint coloré, loquaces, bavards, turbulents, sans cesse en action et en mouvement. Ils sont prodigues, dissipateurs, vaniteux, méchants, processifs, emportés, violents, très enclins au mal, très souvent poussés aux excès alcooliques et vénériens. S'ils ont des conceptions délirantes, ce sont des idées d'orgueil, de fierté, d'ambition, de grandeur. Dans leur état de *dépression mélancolique*, ils sont tellement différents qu'on croirait ne pas avoir affaire au même individu. Dans cette période, ils sont vieillis, amaigris, cassés, ridés, sans force et sans énergie ; leur figure est abattue, hébétée, leur teint blafard; ils ne disent pas un mot, ne bougent pas, et passent presque tout leur temps couchés, sans faire un seul mouvement. Ils sont avares, économes à l'excès, ne boivent pas, ne mangent pas, n'ont aucun désir génésique, se montrent humbles, soumis, sans volonté, obéissants et passifs. S'ils ont des conceptions délirantes, ce sont des idées de ruine, de culpabilité qui les hantent, et qui très souvent les conduisent au refus d'aliments et au suicide. Il n'est pas jusqu'aux *fonctions organiques* qui ne subissent le contre-coup

de ces deux états si différents, et le pouls, actif et précipité au delà des limites physiologiques dans la période de manie, tombe à 40 et 50 pulsations pendant la période de mélancolie.

Il en est de même de la température, de la circulation périphérique, de l'appétit, des sécrétions et des excrétions qui offrent dans l'une et dans l'autre période des différences remarquables ; on a constaté également que le poids du corps augmentait dans la période de manie, pour diminuer, au contraire, pendant la phase de dépression.

Ce contraste si frappant présenté par les malades, est en réalité l'une des particularités les plus curieuses et les plus intéressantes de la médecine mentale.

2°. La constitution de l'accès nous étant connue, il nous reste à examiner comment *s'enchaînent* les uns aux autres les divers accès. Nous laisserons de côté, par conséquent, les cas, d'ailleurs absolument exceptionnels, où la maladie est composée d'un accès unique.

Deux cas peuvent se présenter. Ou bien les accès se succèdent les uns aux autres sans interruption et sans être séparés par une intermittence, ce qui constitue la *folie à double forme continue ;* ou bien ils sont séparés les uns des autres par une intermittence plus ou moins longue, par un retour plus ou moins prolongé à l'état normal, ce qui constitue la *folie à double forme à accès séparés* ou *intermittente*. Plusieurs auteurs désignent aussi la première sous le nom de *folie circulaire* et la seconde sous celui de *folie à double forme* proprement dite.

Toutes ces particularités relatives à la constitution des accès dans la folie à double forme, aux modes de transition d'une période à l'autre, enfin aux divers types d'évolution de la maladie, ne laissent pas que d'être assez difficiles à expliquer clairement et d'une façon précise. J'ai imaginé de les figurer par des tracés graphiques, et je crois avoir réussi de la sorte, à rendre nette et des plus simples leur compréhension.

La *figure 1* ci-contre, représente la *constitution de l'accès* de folie à double forme. La ligne noire horizontale AB indique l'état normal. Au dessus, sont les divers états de manie ou d'excitation ; au-dessous, les divers états de mélancolie ou de dépression. Le tracé n° 1 de cette figure montre la constitution habituelle de l'accès, composé dans sa période d'excitation d'une *excitation maniaque* ou manie intellectuelle, et dans sa période de dépression, d'une *dépression mélancolique* ou mélancolie subaiguë. Les tracés 2 et 3 montrent deux autres constitutions différentes d'accès : l'une composée d'une période d'*excitation maniaque* et d'une période de *mélancolie avec stupeur*, l'autre composée d'une période de *manie aiguë* et d'une période de *dépression mélancolique*. Toutes les autres combinaisons possibles pourraient, de même, être représentées.

La *figure 2* représente les trois différents modes de *transition* d'une période à l'autre. Dans le tracé n° 1, il s'agit de la transition par *dégradations insensibles ;* dans le tracé n° 2, de la *transition brusque et instantanée* ; dans le tracé n° 3, de la *transition par oscillations successives*.

Les *figures* 3 *et* 4 sont relatives à *l'évolution* de la

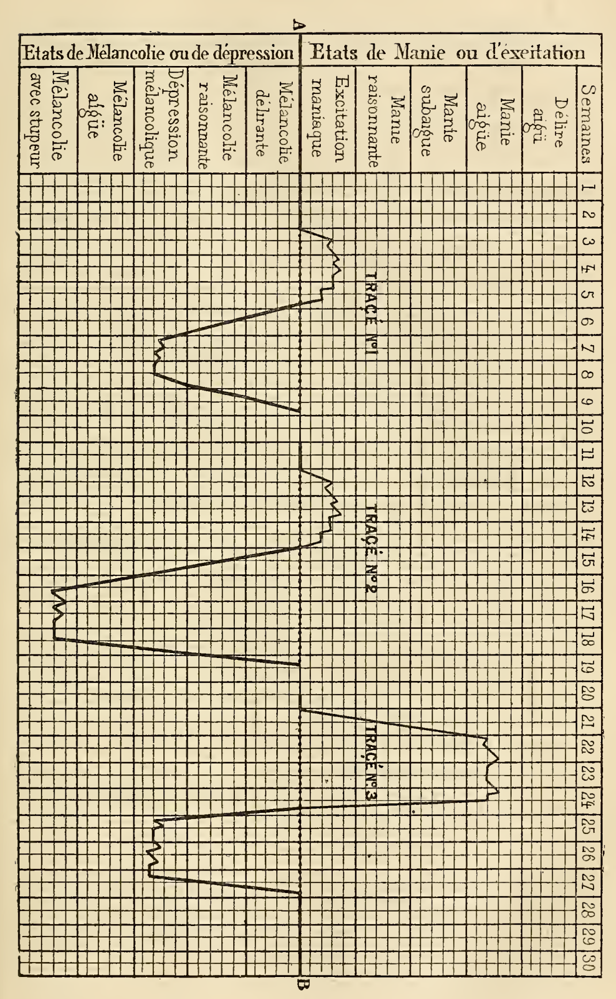


Fig. 1. — Constitution de l'accès de folie à double forme.

folie à double forme, et montrent les deux différents types de cette évolution. La figure 3 représente la *folie à double forme continue*, celle dans laquelle les accès s'enchaînent les uns aux autres sans interruption ; la figure 4 représente la *folie à double forme* à *accès séparés ou intermittente*, dans laquelle les accès sont séparés les uns des autres par une intermittence ou retour à l'état normal.

On pourrait de même à l'aide de ces tracés, qui rendraient, je crois, de réels services dans la pratique, représenter toutes les autres particularités cliniques de la folie à double forme, ses moments d'exacerbation, ses rémissions, ses divers degrés d'intensité suivant les époques ; en un mot, figurer au jour le jour la marche de la maladie avec ses moindres variations, comme on le fait pour la fièvre.[1]

Marche. Durée, Terminaison. — La *marche* de la folie à double forme est essentiellement chronique et intermittente, ou plutôt *périodique*.

En ce qui concerne la *durée*, il est nécessaire d'envisager séparément la durée de l'accès et de chacune des périodes qui le composent, et la durée de la maladie elle-même.

L'accès peut durer des mois et des années, ou, au contraire, être limité à quelques jours. Dans le pre-

[1] Du reste, cette méthode graphique, comme j'ai essayé récemment de le démontrer autre part, est parfaitement applicabie à l'étude théorique comme à l'observation clinique journalière de toutes les variétés de manie et de mélancolie aiguës, chroniques, rémittentes ou continues.

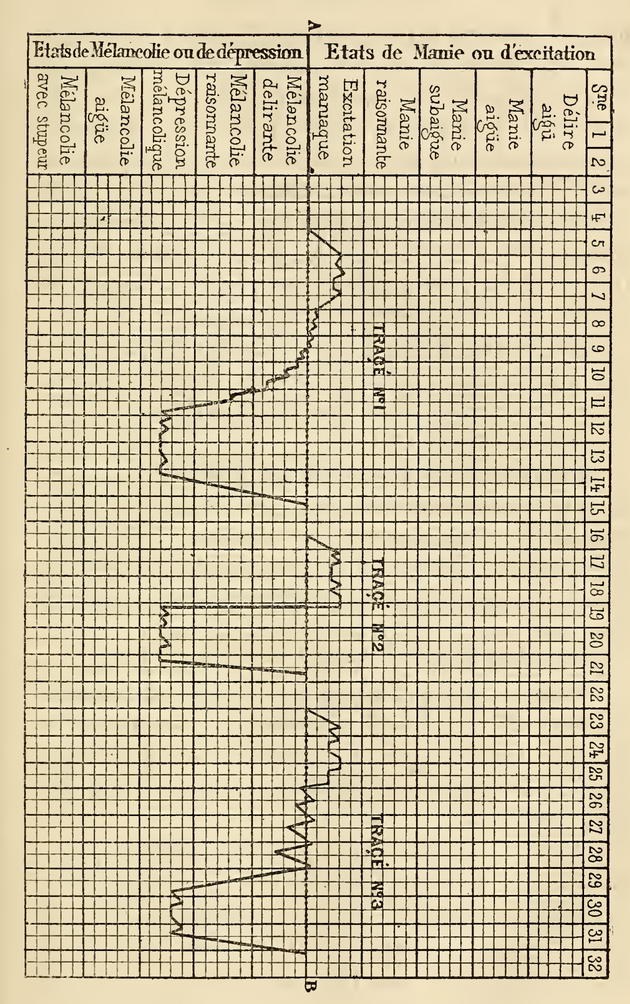


Fig. 2. — Mode de transition d'une période à l'autre.

mier cas, qui est le plus fréquent, l'accès a habituellement une durée de six mois, un an, dix-huit mois, et il est constitué par une période d'excitation d'un mois, trois mois, et d'une période de mélancolie en général plus longue. Bien que les accès aient à peu près toujours la même durée, cette égalité n'est qu'approximative ; un accès peut être plus long, l'autre plus court, ainsi du reste que les périodes dont ils sont formés. Toutefois, on peut dire que les accès ont, en général, la même allure et la même durée.

Dans le second cas, les accès durent un jour, deux jours, trois jours, jusqu'à un mois. Le plus souvent, alors, les périodes ont à peu près la même durée et les accès sont plus réguliers.

La durée de l'intermittence est très variable. C'est dans la folie à double forme à accès très courts qu'elle manque le plus souvent. Au contraire, elle existe presque toujours dans les folies à double forme à accès longs. Elle peut avoir une durée de quelques jours, de plusieurs mois et même de plusieurs années.

Quant à la durée de la maladie elle-même, elle est très longue. On peut même dire qu'elle est indéfinie, interminable, car une fois l'alternance constituée, les malades tournent dans le même cercle pathologique pendant de longues années, et, le plus souvent, jusqu'à leur mort.

La folie à double forme peut se terminer par la *guérison*, terminaison très rare, et pour ainsi dire exceptionnelle. Elle se termine habituellement par la *démence*, mais au bout d'un temps très long, car les malades ne cèdent que très tardivement à l'affaiblis-

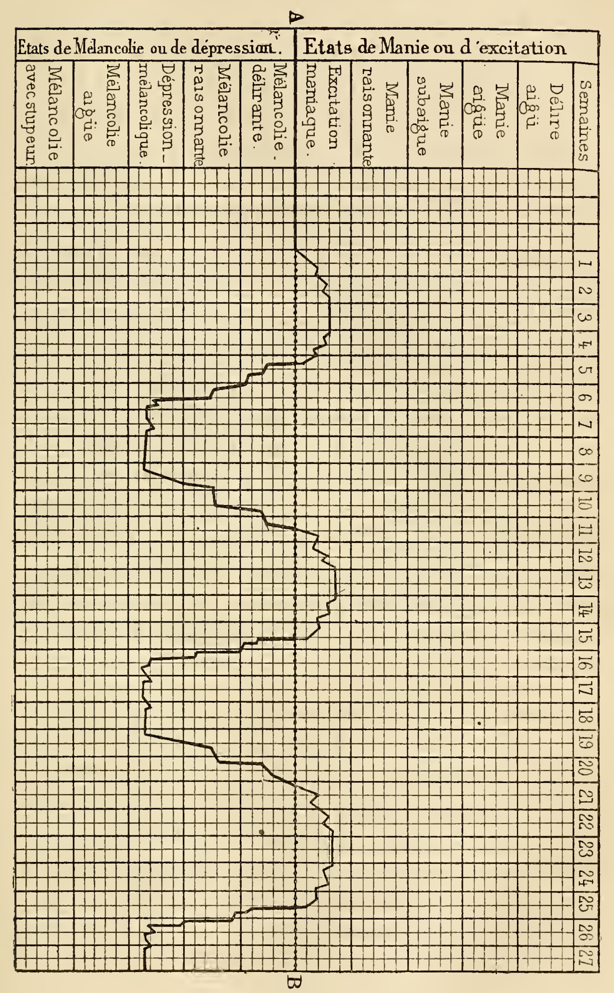


Fig. 3. — Folie à double forme continue.

sement de l'intelligence. Elle peut se *transformer* en une autre forme de folie, manie ou mélancolie simple, par exemple, ce qui est encore un cas très rare. Enfin, elle peut se terminer par la *mort*, qui n'a lieu pour ainsi dire que par accident, ou par suite d'une affection intercurrente, c'est-à-dire par suicide, congestion cérébrale, attaques épileptiformes, pneumonie, etc., etc.

Anatomie pathologique. — A part les cas où le malade étant mort d'apoplexie, on trouve à l'autopsie une altération matérielle évidente, la folie à double forme *n'a pas de lésion* qui lui soit propre. Au contraire, cette succession de deux états opposés, manie et mélancolie, qui se remplacent l'un l'autre et sont le plus souvent suivis d'un retour à l'état normal, prouve assez qu'il ne s'agit là que de troubles fonctionnels susceptibles non seulement de disparaître, mais d'être remplacés par des troubles de nature opposée. Il est probable que l'état d'excitation correspond à une *hypérhémie* et l'état de dépression à une *ischémie* cérébrales, comme la manie et la mélancolie simples.

Pronostic. — Le pronostic de la folie à double forme est *très grave*, puisque la maladie est à peu près toujours incurable, comme, du reste, la plupart des folies intermittentes ou périodiques. Falret père avait déjà fait ressortir cette particularité digne de remarque que la folie à double forme, qui est essentiellement constituée par les deux formes de folie les plus curables, la manie et la mélancolie, est au contraire, pour sa part, l'une des plus incurables.

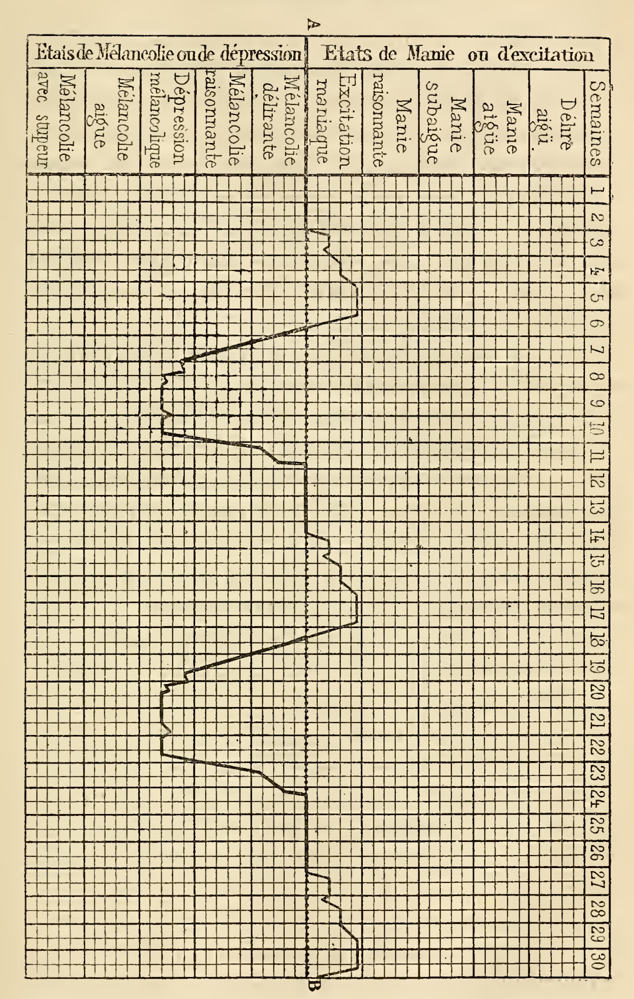


Fig. 4. — Folie à double forme intermittente ou à accès séparés.

Diagnostic. — Prise dans son ensemble, la folie à double forme, avec sa succession régulière d'états opposés, ne peut être confondue avec aucune autre. Pourtant, lorsque la période de dépression mélancolique est peu marquée, il peut arriver qu'elle passe inaperçue et que la maladie soit prise pour une *manie chronique* à forme *intermittente* ou *rémittente ;* avec d'autant plus de raison que dans celle-ci, les accès de manie sont également suivis, parfois, d'une courte réaction répressive.

Il arrive bien plus souvent qu'en face d'une période isolée de la folie à double forme, on croit avoir affaire à un simple accès de *manie* ou de *mélancolie* et que cette période terminée, on considère le malade comme guéri. Cette erreur a été commise, et, notamment, par M. Baillarger lui-même. Elle est la conséquence forcée de ce fait que la manie et la mélancolie de la folie à double forme ne diffèrent en rien de la manie et de la mélancolie simples et que, prises isolément, il est impossible de les en distinguer. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'en général, toutes les fois qu'on a affaire à un accès *d'excitation maniaque*, il faut se défier et songer soit à une paralysie générale commençante, soit à l'hystérie, soit surtout à la folie à double forme.

C'est dire assez que la folie à double forme peut être confondue, dans sa période d'excitation maniaque, avec la *période prodromique* d'une *paralysie générale* à forme expansive. L'erreur est d'autant plus possible que l'excitation peut faire apparaître, dans la folie à double forme, certains phénomènes congestifs tels qu'inégalité des pupilles, tremblement, hésitation de

la parole, qui compliquent encore le diagnostic. La distinction s'établit surtout d'après ce fait que dans la paralysie générale, même dès ses premiers débuts, les conceptions ont un *cachet démentiel* qui n'existe pas dans la folie à double forme, et, d'autre part, que les fous circulaires excités sont foncièrement *méchants et malveillants*, tandis que les paralytiques généraux sont habituellement expansifs, *bons et généreux*.

La folie à double forme une fois reconnue, il reste encore à déterminer si elle est *simple*, ce qui est le cas le plus fréquent, ou si elle est *liée* à un autre état morbide qui est presque toujours, dans ce cas, la paralysie générale (paralysie générale à double forme ou circulaire), l'épilepsie ou l'hystérie.

Traitement. — Contre la maladie, en raison surtout de son caractère périodique, on a préconisé le *sulfate de quinine* à haute dose, 30 à 40 centigrammes, pour arriver à 2 grammes par jour. On emploie également le bromure de potassium, les injections sous-cutanées d'opium et de morphine. Le traitement des accès et celui de chaque période réclament le traitement ordinaire des accès de manie ou de mélancolie. La séquestration s'impose surtout pendant les périodes d'excitation, les malades étant alors habituellement dangereux. Elle est moindre pendant les périodes de dépression, surtout lorsque celle-ci est peu intense.

DEUXIÈME GROUPE.

FOLIES PARTIELLES OU ESSENTIELLES

(*Folies sans réaction générale morbide.*)

CHAPITRE VIII

FOLIE HYPOCHONDRIAQUE; DÉLIRE DE PERSÉCUTION; FOLIE RELIGIEUSE OU MYSTIQUE; FOLIE A DEUX; FOLIE AMBITIEUSE.

§ 1. — DIFFÉRENCES ENTRE LES FOLIES GÉNÉRALISÉES ET LES FOLIES PARTIELLES.

Les folies partielles diffèrent des folies généralisées par plusieurs caractères qu'il importe au plus haut degré d'énumérer.

Ce qui constitue essentiellement la folie généralisée, c'est que, chez elle, le trouble mental s'accompagne d'une réaction pathologique de l'activité générale de l'individu : *excitation* ou *dépression*. Cette réaction pathologique, sous forme d'excitation ou de dépression, est tellement l'élément caractéristique des folies généralisées que, dans certains cas, elle constitue à elle seule à peu près tout l'état morbide, comme par

exemple dans l'*agitation maniaque* ou dans la *dépression mélancolique*.

Or, dans les folies partielles, cette réaction générale, élément morbide si important, fait absolument défaut, et toute la maladie se résume en des troubles intellectuels et moraux, en du délire, sans que l'activité générale de l'individu soit en rien changée. En un mot, les aliénés atteints de folie partielle ne sont ni des *excités*, ni des *déprimés*. Ils peuvent bien, sous l'influence d'une conception délirante, d'une hallucination, d'une impulsion, se livrer à quelque accès d'emportement, à quelque acte de violence ; mais ce n'est là qu'une exaltation passagère, analogue à la colère et aux emportements des individus normaux. Il n'y a chez eux, ni excitation ni dépression d'une façon continue.

C'est là surtout qu'il faut chercher la différence radicale entre les folies généralisées et les folies partielles, et cette différence est assez profonde pour séparer d'une façon absolue ces deux groupes de folies.

Lorsqu'on pénètre dans un établissement d'aliénés, on est frappé de voir qu'au point de vue de l'aspect général, de l'attitude, des gestes, de la façon d'agir, les malades se divisent en trois catégories distinctes. Les *uns*, ne peuvent rester un instant en place ; ils courent, sautent, dansent, chantent, crient. font des gestes désordonnés, se livrent à mille contorsions ; ils sont rouges, vultueux, animés ; *tout, chez eux, dénote une suractivité générale*. Les *autres* sont mornes, abattus, immobiles, la tête penchée, les bras ballants, le visage triste, inquiet, anxieux; *tout, chez eux, trahit*

la tristesse et la dépression. Les *derniers*, enfin, n'ont rien de changé dans leur aspect général, leur physionomie, dans leur façon d'être, de se tenir, de parler, d'agir ; *ils ne diffèrent en rien des individus normaux.* Ces trois catégories de malades représentent parfaitement les grandes divisions de la folie. Les premiers et les seconds sont les aliénés à réaction générale, les *maniaques* et les *mélancoliques ;* les derniers sont les *fous partiels.*

Cette division de la folie en folies généralisées et en folies partielles est tellement naturelle qu'elle s'est imposée dès l'abord, et que tous les auteurs ont été tentés de l'admettre. Mais ses premiers partisans, pour l'expliquer, se sont attachés à tort à démontrer que dans la folie partielle le délire était plus limité, plus circonscrit, plus *partiel* que dans la folie généralisée. C'était se placer sur un mauvais terrain, car on sait, par exemple, qu'il n'est pas de conceptions délirantes plus restreintes que celles de certaines mélancolies, et les détracteurs de cette division ont eu raison de dire que dans les folies partielles le délire était souvent aussi profond, aussi étendu, aussi généralisé que dans les autres.

La différence radicale, nous le répétons, il ne faut pas la chercher dans le plus ou moins de généralisation des idées délirantes. Elle consiste dans ce fait capital que les folies généralisées s'accompagnent d'un trouble réactionnel morbide, excitation ou dépression, tandis que dans les folies partielles, cet élément fait absolument défaut.

Cela est si vrai que pour tant qu'une folie ressemble,

comme aspect délirant, à une folie partielle, elle doit être rangée dans le cadre des folies généralisées si elle s'accompagne d'un état habituel d'excitation ou de dépression. Ainsi, il est une catégorie d'aliénés qui ont des idées délirantes de persécution, des hallucinations de l'ouïe, etc.; si l'on ne s'attache qu'à leur aspect mental, et c'est une erreur commune, on les considère comme atteints de délire de persécution, le type des folies partielles. Or, les malades dont je parle, présentent, en outre, un fonds de torpeur, ils sont déprimés. Cela suffit pour les enlever de l'actif des folies partielles et les faire rentrer dans le cadre des mélancolies. Ce sont ces soi-disant persécutés qui ne sont, au fond, que des mélancoliques à idées de persécution, qui ont une tendance au suicide et non à l'homicide, et qui, pour échapper aux tourments dont ils sont l'objet, cherchent un recours dans la mort. Et c'est ainsi qu'on va admettant généralement que chez les persécutés le suicide est fréquent. Je crois, au contraire, que si on enlève au délire de persécution ces faux persécutés, qui ne lui appartiennent pas, le suicide y devient, pour ainsi dire, exceptionnel. Le suicide est, par excellence, l'acte du mélancolique; c'est son refuge, c'est par là qu'il échappe à ses peines. Le vrai persécuté, lui, réagit différemment, il ne subit pas les tourments qu'il éprouve, il ne s'y soustrait pas par la mort. C'est au plus haut degré un révolté, qui accepte la lutte, combat et se venge; il a recours à l'homicide, jamais, ou presque jamais, au suicide.

C'est pour avoir considéré ces mélancoliques à

idées de persécution comme des fous partiels, des persécutés, qu'on a admis à tort, à mon avis, la fréquence du suicide dans le délire de persécution. C'est aussi pour ce motif qu'on a signalé la guérison possible et même relativement peu rare du délire de persécution. Les persécutés qui guérissent sont les faux persécutés, les mélancoliques, en raison même de la curabilité de la mélancolie. Les vrais persécutés ne guérissent, eux, qu'exceptionnellement.

Je pourrais appliquer les mêmes remarques aux maniaques à idées ambitieuses que, faute d'envisager leur état général d'excitation, on range souvent à tort dans le cadre de la folie ambitieuse, folie partielle.

En résumé, tout aliéné qui présente un fond constant d'excitation ou de dépression, quelle que soit la nature de son délire, est un maniaque ou un mélancolique, ce n'est pas un fou partiel.

D'autres différences séparent encore les folies partielles des folies généralisées. Il en est une, surtout, sur laquelle l'attention n'a pas été assez appelée, et qui nous semble des plus importantes.

Les folies généralisées, étant des états primitifs d'aliénation mentale, peuvent bien exister à l'état simple, c'est-à-dire indépendamment de tout autre état morbide ; mais toutes les fois qu'un état morbide (hystérie, alcoolisme, état puerpéral, affection viscérale etc., etc.) se complique de folie, c'est toujours d'une folie généralisée, c'est-à-dire d'un délire quelconque avec réaction générale d'excitation ou de dépression, mais jamais de folie partielle. Les *folies*

généralisées sont donc surtout des *folies symptomatiques*; les *folies partielles* sont éminemment des *folies idiopathiques* ou *essentielles.* On comprend de quelle importance peut être ce fait dans la pratique, puisqu'il simplifie de beaucoup l'étude de la folie dans ses rapports avec les divers états morbides.

Une autre différence importante consiste dans ce fait que les folies généralisées, surtout dans leurs formes aiguës, sont essentiellement *curables*, tandis que les folies partielles sont à peu près toujours *incurables.*

Notons enfin, pour mémoire, que dans les folies partielles l'aliéné peut, en dehors de ce qui concerne son délire, penser et agir normalement, au moins dans une certaine mesure, tandis que les maniaques et les mélancoliques, principalement dans leurs accès aigus, agissent toujours en malades.

Quelques auteurs, n'admettant pas l'existence des folies partielles, parce qu'ils rejettent avec raison la division basée sur le plus ou moins de limitation du délire, les désignent sous le nom de *délire chronique.* Incontestablement, le terme chronique marque bien l'un des éléments principaux de ces folies, qui est la chronicité. Mais, outre que, d'une façon générale toute folie est une maladie chronique, il existe aussi des manies et des mélancolies qui le sont plus particulièrement, et qui ne peuvent, en raison de leurs caractères, être confondues avec les folies partielles. Ajoutons enfin que, dans celles-ci, ce n'est pas tant le délire que les hallucinations qui constituent le phénomène capital. Le terme délire chronique n'est donc

pas acceptable. Si l'on considère, ainsi que nous l'avons fait, les folies généralisées comme celles qui s'accompagnent d'un trouble morbide réactionnel et les folies partielles comme des folies sans réaction générale, quelle que soit l'étendue de leur délire, la distinction, ainsi établie, ne peut qu'être admise par tous.

§ II. — SYNTHÈSE DE LA FOLIE PARTIELLE

Si l'on se place au seul point de vue de la forme du délire, il existe plusieurs variétés de folie partielle, dont les principales sont : la *folie hypochondriaque*, le *délire de persécution*, la *folie religieuse* ou *mystique*, la *folie ambitieuse*. Nous pourrions avec la plupart des auteurs, nous borner à décrire successivement ces diverses variétés. Mais nous nous sommes attaché constamment dans cet ouvrage qui doit donner surtout des notions synthétiques simples et précises, à étudier les faits généraux, à grouper les éléments de même ordre, à ramener aux grandes lignes l'histoire de la folie. Or, si l'on pénètre à fond l'étude des folies partielles, on voit que toutes ont un point de départ et un point d'arrivée communs, ou plutôt qu'elles ne sont que l'expression, aux différents moments de son existence, d'une folie unique, la folie partielle.

En effet, si l'on prend les aliénés qui représentent les divers types de fous partiels, hypochondriaques, persécutés, mystiques, ambitieux, on voit que le début de la maladie a été chez tous, exactement le

même. Ce *stade primitif* consiste essentiellement, pour l'aliéné, dans la perception de fausses sensations qui se passent dans l'intimité de son être et dans l'analyse qu'il en fait ; c'est une espèce de *période analytique* pendant laquelle éprouvant des symptômes étranges qu'il ne peut définir, il cherche à s'en rendre compte, les étudie et essaie de les expliquer. C'est le *stade de folie hypochondriaque* de certains auteurs. Arrivés là, les malades identiques jusqu'alors, se séparent pour suivre, dans la *seconde période*, une voie différente, au moins en apparence. A ce moment, l'explication est trouvée, et elle devient la base d'un délire différent suivant les sujets. Les uns, attribuent les sensations qu'ils éprouvent, internes et externes, au mauvais vouloir des hommes, à des procédés secrets, et cette idée ils la commentent, la développent, et finissent par l'ériger en *délire de persécution* complet : ce sont les *persécutés*. D'autres attribuent non à l'*intervention humaine*, mais à l'*intervention divine* les phénomènes qu'ils ressentent, et de cette idée ils partent pour établir un *délire mystique* comme les autres un délire de persécution. Ainsi, dans cette phase, les malades ne diffèrent que sur ce point de détail, que les uns rapportent aux hommes et les autres aux divinités leurs étranges sensations. La forme du délire change donc, mais la maladie est toujours, au fond, la même.

Persécutés ou mystiques, souvent les deux à la fois, les malades travaillent longtemps leur délire, le façonnent à leur manière, en font un roman, puis finissent par l'ériger en *système* dans lequel ils se cantonnent et se *cristallisent* de plus en plus. Ils en

arrivent ainsi à la *troisième période*, la même pour tous, et qui consiste essentiellement dans la *transformation de leur personnalité*. Cette transformation, qui résulte du long travail délirant qui s'est accompli en eux, se traduit par un délire nouveau, le *délire ambitieux*. Les uns, ceux qui ont marché par la voie du délire mystique, en viennent fatalement à se croire Antéchrist, Prophète, Archichancelier de Dieu, Jeanne d'Arc, la Vierge, Jésus-Christ, Dieu lui-même. Alors tout est expliqué pour eux et s'enchaîne logiquement. Ces sensations étranges qu'ils ressentaient au début n'étaient que le résultat de leurs premières communications avec la puissance divine qui les a d'abord éprouvés, puis éclairés, et finalement appelés à remplir une haute mission céleste. Les seconds, après s'être crus en bute à des persécutions de toute sorte, en trouvent de leur côté l'explication dans ce fait qu'ils sont de grands personnages, des fils de prince ou de rois changés en nourrice, des potentats dépossédés etc., etc. Chez eux comme chez les premiers, le roman pathologique a sa clef, et ils adoptent la personnalité que leur crée leur délire. C'est ainsi qu'on voit les folies partielles, délire hypochondriaque, délire de persécution ou délire mystique, se terminer logiquement par la folie ambitieuse, qui n'est autre que l'expression délirante de la transformation de la personnalité qui s'opère chez les malades.

Ainsi, en procédant par synthèse et en allant au fond des choses, on voit, qu'en somme, il n'existe qu'une seule folie partielle avec des différences de délire sans importance ; folie partielle qui comprend, au point

de vue de ses manifestations symptomatiques, trois périodes successives : 1°. l'une *d'analyse subjective* (folie hypochondriaque); 2°. la seconde *d'explication délirante* (délire de persécution, délire mystique) ; 3°. la troisième enfin, qui est le couronnement de la maladie, de *transformation de la personnalité* (folie ambitieuse).

Il en résulte qu'en fin de compte deux faits capitaux dominent l'histoire de la folie partielle. Le premier, c'est que l'élément symptomatique essentiel de cette affection, est l'*hallucination* sous toutes ses formes, surtout celle de l'ouïe, ce qui légitimerait presque la dénomination de *folie hallucinatoire* que quelques auteurs lui ont attribuée; le second, c'est qu'elle aboutit à un état pathologique spécial, la *transformation de la personnalité*. Quant au délire, quel qu'il soit, ce n'est guère qu'une quantité négligeable, car il ne représente que la forme extérieure, le revêtement apparent de la maladie. Et c'est précisément parce que ce délire n'ést autre chose que l'expression que prend, chez le malade, l'interprétation qu'il fait de ses sensations morbides, qu'on le voit varier si profondément suivant les individus, les conditions, les milieux et les siècles. L'aliéné puise les éléments de ce délire dans ses idées habituelles, dans ce qu'il sait de la science et de la religion ou des forces de la nature. Dans les pays religieux et aux époques religieuses, c'est le délire mystique qui domine, la théomanie, la démonolâtrie, la sorcellerie qu'on voit sévir ; dans les siécles d'études, de lumières, de progrès, d'associations politiques ou sociales, comme le nôtre, c'est le délire de persécution, c'est-à-dire l'influence des sociétés secrètes, de la

police, de l'électricité, du téléphone, du phonographe, etc. qui retentit profondément sur le caractère de ce délire. Mais tout cela ne constitue qu'une différence fictive ; au fond, le délire et la maladie sont les mêmes.

Je crois avoir suffisamment démontré, par cette étude, que la folie partielle, malgré ses différences apparentes, est une, et que la diversité de son délire n'est que la différence d'explication des sensations morbides qui constituent, elles, l'élément capital de la maladie.

Nous pouvons donc, maintenant, aborder fructueusement la description de la folie partielle en lui décrivant trois périodes : 1° une *période d'analyse subjective* (folie hypochondriaque) ; 2° une *période d'explication délirante* (délire de persécution, délire mystique) ; 3° une *période de transformation de la personnalité* (folie ambitieuse).

§ III. — DESCRIPTION DE LA FOLIE PARTIELLE

Définition. — La folie partielle peut être définie : *une folie chronique, essentielle, sans réaction générale, caractérisée par des hallucinations, surtout de l'ouïe, par un délire tendant à la systématisation, et aboutissant à la transformation de la personnalité.*

Étiologie. La folie partielle, nous l'avons dit, constitue la folie essentielle, la vraie folie. Aussi, son étiologie est-elle beaucoup plus limitée. Chez elle, les causes adjuvantes n'interviennent guère, elle fait partie intégrante de l'individu. Les malades en ont reçu le germe en naissant, et elle se développe à l'heure dite, sous l'influence de la moindre occasion, surtout

de la misère, des difficultés de la vie sociale, des mécomptes, des déboires, des malheurs conjugaux, etc., etc. C'est dire que la principale cause de la folie partielle est *l'hérédité*. On sait qu'elle est plus particulièrement fréquente chez la femme, les célibataires, et surtout chez les enfants naturels.

1° *Période d'analyse subjective*

Folie hypochondriaque

L'affection débute, le plus souvent, par des sensations maladives, des troubles *sensoriaux* qui commencent par étonner l'individu, attirent son attention, et le conduisent à s'analyser. Ces troubles consistent en sensations douloureuses dans une partie quelconque du corps, par exemple dans des phénomènes nerveux cardiaques ou utérins chez la femme, par des bourdonnements ou des bruits confus dans les oreilles, plus fréquemment encore par des troubles digestifs. Dans certains cas, le malade trouve rapidement l'explication délirante de ces phénomènes qu'il attribue à un mauvais vouloir dont il ne se rend pas encore bien compte, mais, le plus souvent, la première idée délirante est longue à apparaître, et les sensations maladives sont devenues plus fréquentes, plus multiples et plus continues avant qu'aucun indice d'interprétation se soit fait jour. Les *hallucinations de l'ouïe*, qui doivent constituer l'élément capital de la maladie commencent déjà à dominer. Le malade entend des bruits de voix distincts ; en même temps, ses sensations génitales ou viscérales s'accentuent, il éprouve des secousses dans

le corps, sent de mauvaises odeurs, croit avoir un mauvais goût dans la bouche, etc. Et toujours penché sur lui-même, dans cette analyse intime, il cherche l'explication de toutes ces choses extraordinaires, et en arrive à se créer, sur leur compte, une idée qui devient le germe de son délire. L'un, que son éducation, sa profession, ses croyances rapprochent du mysticisme, ne croit pouvoir les attribuer qu'à une puissance divine ou infernale; la plupart s'imaginent qu'on leur en veut, qu'ils ont des ennemis, ils ne savent lesquels encore.

C'est ainsi que plus ou moins lentement apparaissent les deux ordres d'interprétations qui doivent devenir la source du délire, et que les malades en arrivent à la seconde période, caractérisée par l'évolution de l'un ou l'autre de ces délires, le *délire de persécution* et le *délire mystique* ou *religieux*.

2° *Période. L'interprétation délirante*

Nous avons à décrire, dans cette seconde période, les deux formes que revêt le délire, c'est-à-dire le délire de persécution et le délire mystique.

Délire de persécution

Etudié pour la première fois en 1858 par Ch. Lasègue, dont la description est restée magistrale, ce délire *consiste essentiellement dans le développement et la systématisation progressive de cette tendance du malade à rapporter ses sensations maladives à l'hostilité et au mauvais vouloir des hommes*. Bien que sa marche soit loin d'être toujours absolument identique, voici com-

ment les choses se passent dans la majorité des cas.

Tout d'abord, le délire est confus. Les malades croient qu'on leur en veut, et voilà tout. Ils ne savent ni qui, ni pourquoi, ni comment. *On* est leur terme habituel. On m'en veut, on m'insulte, on me fait des misères, on m'électrise, on m'empoisonne, on me viole, on me jette de mauvaises odeurs, disent-ils. Puis, les uns plus rapidement, les autres plus lentement, ils choisissent dans leur vie passée, dans leurs occupations habituelles, dans leur mode d'existence, une particularité quelconque qui attire leur esprit sur tel ou tel groupe d'individus, ou même sur un seul individu. Ceux-ci, suivant qu'ils auront été plus ou moins frappés, antérieurement, de l'idée de la police, de la franc-maçonnerie, des Jésuites, etc., attribuent ce qu'ils appellent leurs *misères* à la police, aux francs-maçons, aux Jésuites. D'autres, qui avaient déjà des ennemis, ou simplement des individus dont ils se défiaient, les érigent en auteurs responsables de ce qui leur arrive. Un complot se trame, dans lequel entrent les voisins, les concierges, les parents, les amis, souvent des inconnus ; quelquefois une ville entière est ameutée, et tout ce que voient ou entendent les malades leur semble dirigé contre eux, ils l'interprètent dans le sens de leurs idées. Voilà le premier pas fait vers *l'organisation du délire.* Quant à l'explication des procédés employés par les soi-disant ennemis pour agir, elle est presque toujours la même, au fond. Mis en face de phénomènes étranges et qui échappent pour lui à une interprétation naturelle, le persécuté cherche et trouve pour s'en rendre compte, les solu-

tions les plus étranges. On a fait des trous dans le mur pour lui parler, lui adresser des injures, lui souffler des poudres brûlantes, de mauvaises odeurs, l'électriser ; on a installé, dans les environs et jusque dans sa chambre, des piles électriques, des tuyaux acoustiques, des téléphones à l'aide desquels on l'insulte et on lui procure toutes sortes de sensations désagréables.

Pendant ce temps, les hallucinations se sont multipliées et ont fait des progrès. Les *voix* sont devenues précises, franchement insultantes ; elles sont entendues non seulement la nuit et par instants, comme au début, mais aussi le jour et presque sans interruption, quelquefois d'une seule oreille (hallucinations unilatérales), le plus souvent des deux ; elles disent des mots grossiers, des épithètes injurieuses, des locutions d'argot, des phrases entières, dans lesquelles dominent les accusations, les injures et les menaces. Très souvent à ce moment, et parfois même plus tôt, il se produit un phénomène hallucinatoire curieux, c'est *l'écho de la pensée*. Le malade entend sa pensée formulée au dedans de soi, avant même qu'il l'ait émise ; puis, il croit que d'autres personnes l'entendent également, ce qui lui crée un supplice inimaginable, d'autant que les pensées qu'il désire le plus cacher sont précisément celles qui sont le mieux entendues. Il s'aperçoit qu'on devine sa pensée par ce qu'on y répond sans qu'il l'ait articulée, par ce qu'on lui parle de faits de sa vie passée qu'il est seul à connaître, etc. etc. Ce phénomène, si merveilleux pour lui, il l'explique encore par l'interven-

tion de l'électricité, du téléphone, du phonographe ; quelquefois, il en arrive à s'imaginer que cette voix qu'il entend en lui appartient à une autre personne, et c'est là, je crois, le point de départ habituel, chez certains malades, de ce curieux état pathologique qu'on désigne sous le nom de *dédoublement de la personnalité.*

Comme l'a justement fait observer Ch. Lasègue, les *hallucinations de la vue* sont très rares dans le délire de persécution. Le persécuté entend bien ses ennemis, il reconnaît plus ou moins leurs voix, mais il ne les voit généralement pas. Les fausses sensations visuelles, lorsqu'il en existe, sont confuses, rudimentaires et il est exceptionnel que des apparitions se montrent, à moins qu'il ne se joigne à la maladie un autre état pathologique, tel que l'alcoolisme ou l'hystérie.

En revanche, le *sens de l'odorat*, celui *du goût* et surtout le *sens du tact*, ce qu'on appelle la *sensibilité générale*, interne ou externe, jouent un grand rôle dans le délire. Les malades sentent des odeurs de fumier, de soufre ; ils ont dans la bouche un goût d'arsenic, de cuivre, de phosphore, d'où ils concluent qu'on cherche à *empoisonner leur nourriture*, ce qui les pousse parfois à la *sitiophobie*, ou tout au moins à ne manger que de certaines substances et de certains plats. Enfin, ils éprouvent toutes sortes de *sensations extraordinaires*. On leur provoque des secousses dans tout le corps, des crampes, des coups, des torsions, des brûlures ; on leur arrache l'estomac, le ventre; on leur souffle des gaz dans l'intestin ; on leur introduit

des corps étrangers dans les parties sexuelles, on les viole, on les sodomise, on les masturbe, on leur soutire le sperme, etc., etc. Toutes ces sensations sont variables à l'infini, et les expressions par lesquelles les aliénés les traduisent aussi typiques qu'impossibles à reproduire.

A ce moment, le malade commence à *agir en persécuté*. Presque toujours, son premier acte est une *plainte*. Il s'adresse à l'autorité publique pour faire cesser les persécutions dont il est l'objet, surtout au commissaire de police, au procureur de la République, quelquefois même au ministre de la Justice ou au Président de la République. Il en est qui fatiguent ainsi tous les magistrats, grands et petits, de leurs réclamations. En même temps, ils *changent fréquemment de domicile*, pour échapper à leurs persécuteurs et essayer de se soustraire à leur action. Mais ils ont beau se déplacer, se cacher, les persécutions les suivent partout.

Après avoir fait de vains efforts pour obtenir justice et avoir épuisé, pour ainsi dire, toutes les juridictions, les malades songent à se faire justice eux-mêmes. A ce moment, ils entrent dans une période nouvelle, dans la période de lutte active, changement que Lasègue a parfaitement défini en disant que de *persécutés*, ils devenaient *persécuteurs*.

Le plus grand danger que puisse courir un individu est d'être pris par un persécuté pour l'âme du complot qui l'entoure, pour le personnage contre lequel il doit se venger ; danger d'autant plus grand qu'il est ignoré, et que le malade, en pleine possession de ses

moyens intellectuels, met au service de sa haine une astuce et une cruauté véritablement machiavéliques. Cette situation n'est pas sans analogie avec la légendaire *vendetta corse*, mais elle est pire encore. C'est en effet, au moment où il s'y attend le moins et où il est parfaitement paisible et tranquille, qu'un individu se trouve frappé tout à coup par un personnage qu'il ne connaît pas, souvent qu'il n'a jamais vu, et à qui il n'a rien fait. Parfois même, le malade, sans avoir de persécuteur attitré, frappe au hasard le premier venu sous l'influence d'une hallucination de l'ouïe ou d'une impulsion morbide. On ne saurait trop le répéter : *avec les épileptiques* et *peut-être plus encore que les épileptiques, les persécutés sont, de tous les aliénés, les plus dangereux.* La plupart des crimes pathologiques commis au dehors, et presque tous ceux commis dans les asiles par des malades, le sont par les persécutés. Au reste, ce n'est pas seulement à l'homicide qu'ils ont recours ; ils peuvent encore se livrer à l'incendie, à l'empoisonnement, etc. , etc. Quels qu'ils soient, leurs actes morbides revêtent très souvent le *caractère impulsif.*

Quelle que soit sa façon de réagir, le malade s'enfonce de plus en plus dans son délire qui, ayant pris définitivement corps, se *systématise*, se *cristallise,* comme on l'a dit, et à part quelques nuances légères, reste désormais invariable. S'il n'a pas encore créé quelques *néologismes* pour traduire ses conceptions, il y arrive à ce moment, et en vient souvent à jeter dans ses phrases une quantité plus ou moins grande de mots bizarres, inconnus, par lesquels il exprime son délire

ou désigne ses persécuteurs. Ce *langage pathologique* est le signe le plus évident de la chronicité du délire, chez les persécutés, et s'il restait encore quelques chances d'espoir, il faut les perdre en ce moment.

Le *caractère* des persécutés est habituellement mauvais. Ils sont défiants, ombrageux, froids et durs dans leur accueil, secs et menaçants dans leurs paroles ; ils répondent impoliment aux questions qu'on leur adresse, et souvent, se bornent à prononcer ces phrases absolument caractéristiques : « *Je n'ai rien à vous dire; Vous le savez mieux que moi*, » qui paraissent trahir l'idée qu'ils ont qu'on communique avec eux d'une manière occulte et que leur pensée est entendue.

Au reste, la plupart des persécutés sont, au plus haut point, des *réticents*, et s'il en est qui se complaisent à exhaler leurs plaintes et à faire entendre leurs protestations, le plus grand nombre se renferment en eux-mêmes, et ne laissent rien percer au dehors de leurs hallucinations et de leur délire. Il faut alors une grande habitude et une certaine habileté de tactique pour venir à bout de leur défiance obstinée et pénétrer le mystère de leurs conceptions. Ils présentent au plus haut point cette attitude générale, cette physionomie et ce regard spécial que nous avons décrits aux *hallucinés de l'ouïe* dans le second chapitre de cet ouvrage. Très souvent, on les surprend en conversation muette ou même parlée avec leurs voix, souriant ou se fâchant de ce qu'elles leurs disent, leur répondant, ou se livrant, sous leur influence, à quelque acte subit d'excentricité ou de violence.

C'est surtout en raison de la persistance de ces hallucinations et de l'obéissance passive dans laquelle ils vivent vis-à-vis d'elles, que les persécutés sont sujets à des *impulsions subites*, et qu'ils sont, par conséquent, *essentiellement dangereux*.

Au bout d'un temps plus ou moins long, de quelques semaines ou de quelques mois, plus souvent encore de plusieurs années, le malade tend peu à peu à en arriver à ce qui doit être le couronnement de son état pathologique, c'est-à-dire à la *transformation de sa personnalité*. Cette transformation s'opère de deux façons différentes ; ou *brusquement* sous l'influence d'une hallucination ou de plusieurs hallucinations qui révèlent tout à coup au malade son origine royale, son titre nobiliaire, son caractère de grand personnage, ou *lentement*, par le fait même de la logique du délire qui finit par faire croire au persécuté que, pour qu'on s'acharne ainsi après lui, il faut qu'il soit quelque chose ou quelqu'un. Dans les deux cas, le résultat est le même, c'est une personnalité nouvelle qui entre en scène et dont l'intervention s'annonce par des idées ambitieuses qui commencent à se faire jour au milieu des idées de persécution, jusque là tout à fait exclusives. A ce moment, le malade entre dans la troisième période de son affection.

Délire mystique (folie religieuse)

L'autre forme délirante par laquelle se traduit, avonsnous dit, à la deuxième période, l'état du malade dans la folie partielle, est le délire mystique. Au fond, cet état

est le même, et les mêmes péripéties se déroulent ; l'explication délirante seule a changé. Au lieu d'attribuer les sensations extraordinaires qu'il éprouve à l'intervention humaine, l'aliéné les attribue à l'intervention divine. Toute la différence est là.

Quoi qu'il en soit, préparés par leur naissance, leurs dispositions naturelles, leur éducation, leur profession à l'influence des idées religieuses, certains malades qui, pendant la première période de leur affection ont éprouvé les mêmes phénomènes que ceux qui doivent devenir des persécutés, sont peu à peu conduits à attribuer ces phénomènes à une influence divine ou diabolique. Les *voix* qu'ils entendent leur semblent celles de Dieu ou du démon, les *sensations bizarres* qu'ils ressentent des épreuves que le ciel leur fait subir ou des tourments que l'Enfer leur envoie. Presque toujours, et c'est là une particularité presque constante dans le délire mystique, les malades présentent *des illusions internes* afférentes à la *sphère génitale*, qu'ils interprètent les uns et les autres, de façon diverse, mais toujours dans le sens de leur délire. Les hommes croient qu'il s'agit là de tentations charnelles auxquelles Dieu les soumet pour éprouver leur vertu ; les femmes s'imaginent qu'elles ont des rapports secrets soit avec Dieu soit avec le diable, et se disent enceintes de l'un ou de l'autre. De là, des *idées délirantes mystiques* relatives à la divinité céleste ou à la divinité infernale, idées qui, aux époques où la folie religieuse sévissait avec force et d'une façon épidémique, avaient donné naissance à toutes ces subdivisions et à toutes ces désignations aujourd'hui surannées : *théomanie*,

démonomanie, *demonolâtrie*, *incubes*, *succubes*, etc.,etc.

Quoi qu'il en soit, le délire mystique marche et progresse de la même façon que le délire de persécution. Il a comme lui pour base des sensations maladives, et surtout des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale, interne ou externe. Comme lui, il évolue lentement, et tend peu à peu à se *systématiser*, à se *cristalliser*, à se traduire par des conceptions de plus en plus coordonnées, et un *langage pathologique* entrecoupé de *néologismes* et d'expressions singulières. Souvent même, le délire offre un mélange *d'idées mystiques* et de *persécution*, si bien que le malade est à la fois *mystique* et *persécuté*. C'est ce qui arrive chez certains aliénés partiels qui ayant des révélations divines, entretenant commerce avec Dieu ou la Vierge, et se croyant chargés de soutenir la vraie foi, considèrent comme des ennemis et comme des suppôts de l'Enfer acharnés à leur perte, les francs-maçons, les Jésuites, les prêtres, leur famille, ou telle et telle personne vis-à-vis desquels ils se placent dès lors, en *persécuteurs*. Rien ne saurait mieux prouver la façon dont nous avons envisagé le délire de persécution et le délire mystique dans l'étude synthétique de la folie partielle faite plus haut, que leur coexistence, leur fusion possible chez un même individu.

Comme les persécutés, les mystiques ont rarement des *hallucinations de la vue* ; pourtant, ces hallucinations sont un peu plus fréquentes chez eux.

En dehors de ces particularités, l'état est le même, et sans être positivement aussi *dangereux* que les per-

sécutés, les mystiques se livrent très fréquemment, par le fait de leur délire ou de leurs hallucinations, à des actes barbares ou criminels. Tantôt ils vont de ville en ville, catéchisant, prêchant la bonne parole, menaçant des foudres célestes et de la colère divine, usant même de violence contre les ennemis et les détracteurs de la religion ; tantôt ils vantent les mortifications, les mutilations les plus épouvantables qu'ils accomplissent sur eux et poussent leurs fidèles à accomplir, fondant ainsi des sectes religieuses plus ou moins étendues (skopzy, etc.) ; tantôt, obéissant à leurs voix, ils frappent tel ou tel personnage en vue, qui leur semble représenter le parti du démon ; enfin ils en viennent fréquemment à renouveler le sacrifice d'Abraham, et à immoler en holocauste leurs propres enfants.

Peu à peu s'accomplit chez eux comme chez les persécutés, et d'une façon analogue, la *transformation de leur personnalité*. Soit *brusquement*, par le fait de leurs hallucinations, soit *lentement*, par les progrès de leur délire, ils arrivent à se considérer, dans le domaine religieux, comme des personnages importants chargés d'une mission divine, destinés à réformer la terre, à représenter Dieu ; quelquefois ils se croient le Christ, l'Antéchrist, la Vierge, Dieu lui même. Ils entrent alors, comme les persécutés, dans la troisième période de leur maladie.

3° *Période de transformation de la personnalité*

Folie ambitieuse

Persécutés ou mystiques, les fous partiels arrivent

tous à la troisième période de leur état pathologique, qui consiste, avons-nous dit, dans la transformation de leur personnalité, et se traduit par un délire ambitieux caractéristique. Ce délire qui tout d'abord ne se compose que de quelques idées d'orgueil, perdues au milieu des idées de persécution, ne tarde pas à se développer, à se condenser, en se mélangeant à ces dernières, de façon à ce qu'à un moment donné, le malade présente une *coexistence manifeste* de *délire de persécution* et de *délire ambitieux*, tournant dans ce cercle vicieux pathologique qu'il est quelque chose par ce qu'il a des ennemis, et qu'il a des ennemis parce qu'il est quelque chose. Mais bientôt, les conceptions orgueilleuses commencent à *prédominer*, elles refoulent et étouffent peu à peu les idées de persécution qui subissent dès lors une marche régressive et deviennent plus ou moins confuses; si bien qu'il arrive un moment où le malade, comme on le dit, de *persécuté* est devenu *mégalomane*, mot heureux et qui exprime bien cet état nouveau, à condition toutefois qu'on n'attache aucune signification au terme *mane* ou *monomanie*, puisqu'il ne s'agit en rien, ici de manie.

Pendant ce temps, les *hallucinations persistent* ; ce n'est que très longtemps après et au moment où la démence tend à apparaître, qu'elles diminuent et s'affaiblissent progressivement.

Les malades continuent, pour la plupart, à être égoïstes, orgueilleux et méchants. Mais ils ont, à ce moment, quelque chose de véritablement caractéristique, c'est *qu'ils se composent, à leur façon, l'habitus du personnage qu'ils croient être.* Ce sont ces vieux

aliénés qu'on voit dans les Asiles vêtus de costumes si étranges, ornés de plumes, de lambeaux de drap de couleur voyante, de croix, de médailles, de chapelets, d'oripeaux de toute sorte ; souvent même ils se font une tête spéciale et se composent une coupe de cheveux et de barbe caractéristique. Rien n'est plus commun que d'en voir dont la tête et le visage rappellent, par exemple, la tête et le visage du Christ. Tous ces malades sont fiers, dignes et majestueux dans leur attitude, leur port, leur langage, leurs allures et ils ne se départent pas un seul instant de leur sérieux et de leur solennité. On dirait des acteurs de tragédie chargés de quelque rôle royal, qui continueraient en public, et dans le costume de leur emploi, à jouer leur personnage.

Cette période de folie ambitieuse dure indéfiniment, jusqu'au jour où survient la *démence* qui affaiblit et plonge peu à peu dans un néant confus toutes les conceptions vaniteuses de ces malades.

Folie a deux. — Il est des cas où un ou plusieurs individus, vivant au contact d'un des aliénés dont nous venons de traçer l'histoire, surtout d'un *persécuté*, *présentent exactement le même délire que lui ;* Lasègue et M. J. Falret, qui les premiers ont étudié en 1873 cette particularité morbide, l'ont considérée comme le résultat de la communication du délire d'un persécuté à un ou plusieurs individus moins intelligents, qui, sans devenir positivement fous eux-mêmes, reflètent comme un miroir, la partie la plus vraisemblable des conceptions délirantes de l'aliéné. C'est pour ce motif

que les deux auteurs ont donné à cette particularité curieuse le nom de *folie à deux* ou *folie communiquée*. Reprenant en 1879 l'étude de la folie à deux, je me suis attaché moi-même à démontrer qu'à côté des cas de *délire communiqué* dans lesquels on ne trouve qu'un seul aliéné, et un ou plusieurs semi-aliénés réflétant plus ou moins complètement son délire, il existe d'autres cas de folie à deux, plus intéressants peut-être encore, dans lesquels deux individus prédisposés et vivant en contact intime et prolongé, deviennent *simultanément* aliénés et en arrivent, par suite de ce contact, à présenter exactement le même délire. On admet généralement, à l'heure actuelle, qu'il existe en effet deux variétés de folie à deux : le *délire communiqué, et la folie simultanée.*

Marche. Durée. Terminaison. — La *marche* de la folie partielle est essentiellement chronique et sa durée couvre la vie toute entiére du malade, à partir du moment où elle se développe.

La *durée* de chacune des périodes qui la composent est éminemment variable suivant les sujets. Chez les uns, le stade hypochondriaque est très long, tandis qu'au contraire la mégalomanie survient presque au début du stade délirant. Il peut arriver également que la première période, courte et peu saillante, passe inaperçue, et que le malade s'éternise pour ainsi dire à la seconde période, dans son délire mystique ou de persécution, et meure sans avoir subi la transformation terminale de sa personnalité. Au fond, ce ne sont là que des variétés individuelles, dans lesquelles on finit toujours par retrouver, plus ou moins distincte-

ment, la marche typique que nous avons décrite à la maladie.

Quant à la *terminaison* habituelle de la folie partielle, elle n'est autre que la *démence*. Mais la démence est très longue à venir le plus souvent, et les malades peuvent rester aliénés pendant 15, 20, et 30 ans, sans présenter un affaiblissement marqué de l'intelligence. Au reste, alors même qu'ils sont tombés dans la démence, ils conservent des traces évidentes de leur délire ainsi que des vestiges de leurs hallucinations, ce qui donne à leur démence un caractère particulier (démence ambitieuse).

La *mort* survient ordinairement par le fait d'une complication quelconque ou d'une maladie intercurrente, assez souvent sous l'influence d'une hémorrhagie cérébrale.

Pronostic. — Il n'est pas nécessaire de faire ressortir combien est grave le *pronostic* de la folie partielle. Lorsqu'elle est réellement constituée, elle est à peu près constamment incurable. Ce n'est que dans les premières périodes et alors que le délire n'est pas encore organisé, qu'on peut voir survenir une guérison ou tout au moins une amélioration temporaire.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique reste ordinairement muette. Tout au plus constate-t-on, à la mort des malades, une atrophie cérébrale plus ou moins marquée. Mais ce n'est là qu'une lèsion terminale, explicable par le fait de la longue durée de la maladie, et qui, d'ailleurs ne lui est pas spéciale, puisqu'on la retrouve dans la plupart des folies restées longtemps à l'état chronique.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la folie partielle, assez facile à établir lorsque l'affection a atteint sa période d'état, peut présenter, dans certains cas, des difficultés. Il peut arriver, par exemple, qu'en raison de la réticence des malades, de leur habileté à dissimuler leurs conceptions délirantes, et de l'absence, chez eux, de toute réaction pathologique générale, on les prenne pour des *individus sains d'esprit*. Cette erreur est assez fréquemment commise par le public, qui se fait de la folie une toute autre idée. Pour l'éviter, il faut avoir soin surtout de procéder avec toute l'habileté et toute la circonspection désirables à l'interrogatoire de ces malades.

Aux premiers temps de la folie partielle, alors qu'elle se résume encore en hallucinations, et en idées vagues d'hypochondrie et de persécution, on peut la prendre pour un accès de *mélancolie délirante*. Nous avons assez insisté, au début de ce chapitre, sur les différences qui séparent la folie partielle de la folie généralisée, et notamment de la mélancolie avec idées de persécution, pour n'avoir pas besoin d'y revenir. De même, on ne confondra pas le délire ambitieux qui termine la folie partielle avec celui qui peut exister dans *l'excitation maniaque*. Outre que le premier ne s'accompagne d'aucun des symptômes généraux qui caractérisent la manie, et que, de plus, il est coordonné et systématisé, on sait encore, ainsi que l'a surtout fait ressortir M. Ach. Foville, qu'il n'est jamais *primitif*, et qu'il s'accompagne habituellement d'hallucinations, ce qui n'a pas lieu dans le délire ambitieux de l'excitation maniaque.

Il est des cas, au début de la folie partielle, où les malades, sous l'influence des premiers troubles qu'ils éprouvent, se mettent à boire, en sorte qu'un *délire alcoolique* plus ou moins aigu peut venir masquer ou tout au moins modifier les conceptions délirantes qui forment le fond de l'affection. Ces malades sont communément pris pour de simples alcooliques, et on est fort surpris, lorsque le délire toxique disparaît, de le voir démasquer un délire de persécution qui dès lors progresse et suit ses étapes successives. Aussi, faut-il toujours réserver le pronostic et se défier dans les cas où un délire alcoolique s'accompagne d'idées de persécution marquées et surtout, d'hallucinations de l'ouïe prédominantes.

Traitement. — Le *traitement* de la folie partielle ne peut guère être que palliatif. Il se borne à l'*isolement*, qui s'impose dans presque tous les cas, en raison du caractère essentiellement dangereux que présente la la maladie. Le traitement moral est nul ou presque nul dans cette forme mentale. Il faut se borner à traiter les complications, et surtout à surveiller de près les malades pour les empêcher, dans la mesure du possible, de commettre les actes dangereux auxquels ils sont si souvent enclins.

LIVRE SECOND

ASSOCIATION DE LA FOLIE SIMPLE AVEC LES DIVERS ÉTATS PHYSIOLOGIQUES OU PATHOLOGIQUES

(FOLIES ASSOCIÉES)

CHAPITRE IX

FOLIES ASSOCIÉES AUX ÉTATS PHYSIOLOGIQUES

(*Enfance*, *Puberté*, *Menstruation*, *Grossesse*, *Ménopause*, *Vieillesse*.)

§ I. — Folie de l'enfance et de la puberté (*Hébéphrénie*)

Folie de l'enfance.—La folie est très rare dans la première enfance et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la rencontre avant la puberté. Dans ce cas, c'est ordinairement chez les enfants très héréditaires qu'on l'observe, et elle se traduit, chez eux, par des terreurs, des cauchemars, du délire nocturne, surtout par des impulsions morbides plus ou moins dangereuses, plus rarement par un *état maniaque* ou *mélancolique*.

Folie de la puberté.— La puberté est une époque critique dans la vie humaine, et beaucoup d'enfants *surtout* les *prédisposés et les nerveux*, présentent à ce

moment des troubles variés de l'intelligence et des sentiments.

Les désordres psychiques liés à la puberté sont des plus variables, et il est impossible de les englober dans une formule unique, comme les Allemands ont tenté de le faire en les décrivant sous le nom *d'Hébéphrénie*.

Tantôt, il s'agit d'une simple *dépression* plus ou moins vive, avec tendance à la solitude, à la morosité, à la timidité excessive, à la pudeur confuse, aux aspirations vagues, aux larmes et à la tristesse ; tantôt, au contraire, on constate une *excitation* de degré variable, se traduisant par une activité incessante, de la turbulence, de l'insomnie, des espiègleries et des taquineries continuelles, de la dissimulation et du mensonge ; à un degré plus élevé, la dépression se change en *lypémanie* , en *hypochondrie* ayant surtout pour objet les phénomènes nouveaux qui se passent du côté de la fonction génitale et qui étonnent, effraient, tourmentent les pubères, surtout les jeunes garçons, parfois au point d'éveiller en eux une propension très marquée au *suicide*. *L'excitation*, de son côté, peut devenir *agitation*, l'espièglerie méchanceté véritable, avec orgueil, présomption, tendances malfaisantes, cruauté, notamment envers les animaux, impulsions au vol, à l'incendie, surtout au meurtre. A côté de ces faits répréhensibles et criminels on observe aussi des actes de bravoure extraordinaire, qui excitent au plus haut degré l'admiration, et ne reconnaissent pas d'autre motif que ce besoin de faire quelque chose. Sous l'influence de cette impulsion

temporaire, les jeunes gens montrent pour le danger un dédain, un mépris, auxquels ils ne pensent plus tard qu'avec épouvante.

Mais ce ne sont là que des troubles passagers et sans consistance, les simples oscillations d'un esprit en voie de formation et qui cherche son équilibre. D'autres phénomènes plus graves peuvent se joindre à ces symptômes et amener un véritable état d'aliénation mentale. Ce sont des *conceptions délirantes* qui prennent souvent, dans ce cas, le *type religieux* ou *érotico-mystique*, et se traduisent par la peur du diable, de l'enfer, de la possession démoniaque, de la damnation, des idées sexuelles bizarres, mais surtout de l'amour platonique et mystique pour des beautés imaginaires conduisant très fréquemment aux habitudes de *masturbation*. On peut observer aussi la *folie du doute*. Parfois, enfin, il existe des *terreurs nocturnes*, des *cauchemars*, et même de *véritables hallucinations*, portant surtout sur le sens de la vue.

La folie de la puberté paraît affecter plutôt la *forme dépressive* que la *forme maniaque*. En tout cas, elle se localise bien plus dans la *sphère morale* et dans *celle des actes* que dans la sphère purement intellectuelle, c'est-à-dire qu'elle se traduit bien plus par des *actes morbides* et des impulsions que par du délire. Les *impulsions morbides* , dans l'hébéphrénie, conduisent les malades à des actions dangereuses ou criminelles et beaucoup de délits et de crimes, commis par des adolescents à ce moment de leur vie, ne reconnaissent pas d'autre cause qu'un trouble mental lié au travail de la puberté.

Quoi qu'en pensent certains auteurs allemands, a folie de la puberté est en général *peu grave*, et elle disparait avec la cessation de la période critique qui lui a donné naissance, à moins d'avoir sa source dans une hérédité très marquée, auquel cas elle n'est que la première étape d'une dégénérescence intellectuelle ou d'une démence incurable.

Il n'est pas nécessaire de dire que les désordres psychiques développés sous l'influence de la puberté, se manifestent bien plus fréquemment chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. On sait en effet que la nubilité, chez les premières, est une époque toujours difficile, et aussi que les diverses étapes de la vie génitale retentissent bien plus profondément chez la femme que chez l'homme. En revanche, il semble que l'hébéphrénie soit moins grave dans le sexe féminin, ce qui pourrait peut-être s'expliquer par ce fait qu'une fois la menstruation établie et régularisée, il s'établit chez la jeune fille une sorte de dérivation salutaire qui contribue puissamment à rétablir l'équilibre mental.

Il faut se garder de confondre, au point de vue de l'issue de la maladie, la folie de la puberté avec *certains arrêts de développement* apparus au moment de l'adolescence chez des dégénérés, et aussi, avec *certaines démences précoces* survenues chez de jeunes sujets à la suite de causes multiples et notamment des habitudes de masturbation.

Quant au *traitement*, il doit être à la fois *prophylactique*, chez les enfants prédisposés, *moral*, *hygiénique* et *thérapeutique*. Le calme d'esprit, l'éloignement de

sujets religieux suceptibles de frapper l'imagination et de lectures excitantes, les voyages, les distractions, la gymnastique, l'hydrothérapie, les calmants, et au besoin les emménagogues, résument les principales ressources du traitement, en pareil cas.

§ II. — Folie de la menstruation

(*Folie menstruelle, cataméniale, etc.*)

Chez la plupart des femmes, même à l'état physiologique, le retour des règles s'accompagne, chaque fois, de troubles intellectuels et moraux dont la fréquence est tellement grande qu'ils attirent à peine l'attention. C'est surtout une *excitation* plus ou moins vive, une tendance à la loquacité, à la tracasserie, à la susceptibilité, à l'emportement, aux caprices, ou, au contraire, de la *dépression* avec indifférence et apathie, que l'on observe.

Dans certains cas, ces changements dans le caractère, l'humeur, les penchants des femmes peuvent acquérir une intensité plus grande et s'élever aux proportions de la folie. L'aliénation, dans ces cas, peut revêtir une forme quelconque. En général, il s'agit d'un *accès passager de mélancolie* et surtout de *manie aiguë*, n'ayant que la durée de la période à laquelle il est lié, revenant d'habitude avec elle, essentiellement éphémère, par conséquent, et susceptible d'être classé, à la rigueur, dans les folies transitoires et périodiques. Chez certaines malades, dit M. Ball, « les idées religieuses prédominent ; chez d'autres, c'est la démonomanie qui occupe la scène. Enfin, il

est des femmes qui, à chaque apparition des règles, ont un accès de nymphomanie. Malgré sa gravité incontestable, cette folie périodique peut guérir. La grossesse exerce à cet égard une heureuse influence. Enfin, on voit quelquefois les accès périodiques disparaître à l'âge critique ».

Nous n'avons eu en vue, jusqu'ici, dans la description de ces phénomènes, que la menstruation normale. Quant aux troubles de cette fonction, et notamment à la *suppression des règles* ou *ménostasie*, et à la *dysménorrhée*, leur action sur l'intelligence est plus évidente et plus fréquente encore, et elle amène assez fréquemment la folie. Esquirol les faisait entrer pour un sixième dans l'ensemble des causes physiques de l'aliénation, chez les femmes. Tout le monde connaît l'observation citée par cet auteur, d'une jeune fille devenue aliénée par la suppression des règles qui, un matin, en se levant, alla se jeter au cou de sa mère en s'écriant qu'elle était guérie ; ses menstrues avaient coulé abondamment et sa raison s'était rétablie aussitôt.

Souvent, le trouble psychique se traduit principalement par des *impulsions irrésistibles*, par une tendance quelquefois périodique à la *dipsomanie*, à l'*érotisme*, au *vol*, à l'*incendie*, à l'*homicide*, mais surtout au *suicide*.

En raison de toutes ces impulsions qui peuvent la traverser, la folie menstruelle soulève un point important de médecine légale. Aussi, ne doit-on jamais perdre ce fait de vue, lorsqu'il s'agit de déterminer la part de responsabilité qui incombe à une femme,

auteur d'un délit, d'un crime, ou même d'une action uniquement extraordinaire, accomplis au moment des règles ou pendant la suppression de cette fonction.

D'une façon générale, la folie de la menstruation se juge presque toujours par le retour du flux menstruel, et lorsque celui-ci revient sans que la santé psychique s'améliore parallèlement, l'incurabilité est à craindre. Dans la grande majorité des cas, le retour des époques est consécutif à l'amélioration intellectuelle, ce qui a conduit certains médecins à ne s'attacher qu'à traiter la maladie mentale. Il vaut mieux cependant, en principe, s'attaquer à la cause même du mal, c'est-à-dire au trouble menstruel. Il est rare que sa disparition n'amène pas une détente générale, et, par suite, la guérison de la folie.

§ III. — Folie de la grossesse, de l'accouchement, de l'état puerpéral et de la lactation

(*Folie puerpérale.*)

On désigne, sous le nom de folie puerpérale, la folie liée aux diverses périodes de la grossesse chez la femme, c'est-à-dire à la *Gestation,* à l'*Accouchement, à l'état puerpéral* et à la *Lactation.*

La folie puerpérale n'est pas très fréquente relativement au nombre des accouchées. Sa cause principale est l'*hérédité*, et c'est très souvent à l'occasion de l'acte si important de la grossesse que les filles d'aliénés deviennent elles-mêmes aliénées. Les causes adjuvantes sont la misère, la débilitation par anémie

ou hémorrhagie, les angoisses et les tourments d'une faute, la difficulté du travail lors de l'accouchement, la suppression des lochies et du lait, enfin l'affaiblissement produit par une lactation prolongée. Il est évident que les accès antérieurs d'aliénation mentale, soit en dehors, soit pendant l'état de grossesse, prédisposent très activement à la folie puerpérale. On n'est point absolument d'accord sur la question de savoir si les primipares y sont plus exposées que les multipares, ou inversement.

Au point de vue de l'époque à laquelle se développe la folie puerpérale, certains auteurs en admettent deux variétés : l'une *avant l'accouchement* (folie ante partum), l'autre *après l'accouchement* (post partum). D'autres, avec M. Ball, divisent en quatre époques l'état de grossesse, et décrivent par conséquent, à ce point de vue, quatre variétés de folie puerpérale.

La forme clinique que peut revêtir la folie puerpérale est toujours la *manie* ou la *mélancolie*. Le plus souvent, c'est la *manie aiguë* ou la *mélancolie aiguë* qui se manifestent; parfois même, l'état aigu devient suraigu, c'est-à-dire qu'on a affaire soit au *délire aigu* dans la forme maniaque, soit à la *stupeur* dans la forme mélancolique.

Quant à ce qui est des *caractères* de la manie et de la mélancolie liées à l'état puerpéral, ils sont évidemment les mêmes que ceux de la manie et de la mélancolie simples. Marcé, qui a fait une étude spéciale de la folie puerpérale, dit qu'elle ne diffère en rien, par ses symptômes, de la manie ordinaire. « J'ai

prouvé dans un autre travail, dit-il, que les caractères qu'on a voulu lui assigner, comme l'aspect particulier de la figure, l'odeur de souris exhalée par les malades, tenaient uniquement à l'état puerpéral concomitant, et que les manifestations érotiques, dans cet état morbide, étaient loin d'avoir la valeur et la fréquence que quelques auteurs lui ont assignée. »

Pas n'est donc besoin de décrire en détail la manie et la mélancolie puerpérales. Il suffit d'indiquer à chaque époque du processus physiologique les formes de folie généralisée qui peuvent survenir, et les quelques particularités plus ou moins saillantes qu'elles empruntent à la coexistence de ce processus.

1° Grossesse. — Un très grand nombre de femmes, sans devenir positivement aliénées, présentent pendant la grossesse des troubles intellectuels et moraux plus ou moins marqués. Il est à peine besoin de rappeler ces *envies*, ces désirs extravagants, ces dépravations de l'appétit (pica et malacia), et aussi parfois cette *tendance au vol* qui se manifestent chez la femme pendant l'état de gestation.

Quant à la *Folie de la grossesse* proprement dite, elle se déclare généralement dans les trois derniers mois, et revêt le plus habituellement la *forme mélancolique*, surtout la variété *subaiguë* (dépression mélancolique), ou *aiguë*.

Parfois, la folie de la grossesse cesse au moment de l'accouchement, mais, le plus souvent elle se continue pendant l'état puerpéral.

2° Accouchement. — *La Folie de l'accouchement*,

c'est-à-dire celle qui éclate au moment même du travail, est assez rare. Elle reconnaît pour cause, en dehors de l'hérédité, soit un travail difficile, soit les tourments d'un accouchement clandestin, et consiste dans un délire transitoire, passager, *de forme généralement maniaque*, avec *impulsions subites*, et surtout *tendance à l'infanticide*. On a cité quelques cas où chaque contraction utérine s'accompagnait, au lieu d'une douleur, d'une crise subite d'excitation qui cessait chaque fois avec elle. Ces cas sont très rares.

3° État puerpéral. — La folie liée à l'état puerpéral ou *folie puerpérale proprement dite* est celle qui se développe après l'accouchement et avant le retour des règles, surtout du cinquième au dixième jour. C'est, avec la folie de la lactation, la plus fréquente de toutes.

D'habitude, elle est précédée de prodrômes tels qu'irritabilité, malaise général, angoisse excessive, puis l'accès éclate, et trois fois sur quatre, dit-on, il prend la *forme de la manie*, surtout de la *manie aiguë*.

On prétend que l'*érotisme* et l'*obscénité* sont plus marqués dans la manie puerpérale que dans toute autre. Nous avons vu, avec Marcé, ce qu'il fallait penser de cette particularité, qui, au fond, n'est qu'une nuance difficile à apprécier.

Un signe qui paraît plus exact, c'est la fréquence, dans la folie puerpérale, soit à forme maniaque, soit à forme mélancolique, de la *perversion des sentiments affectifs*, surtout de l'aversion maladive et profonde pour le mari et les enfants.

Quant à la *mélancolie puerpérale*, elle affecte également la forme aiguë ou même la forme suraiguë, c'est-à-dire la stupeur. Elle ne présente, à part la perversion des sentiments affectifs, et peut-être une tendance un peu plus marquée au *suicide*, aucun caractère spécial.

4° Lactation. — La folie liée à la lactation se manifeste, en général, vers le deuxième ou troisième mois de l'allaitement. Elle reconnaît principalement pour cause, en dehors des conditions étiologiques générales, l'anémie, la misère, et surtout la débilitation produite par l'allaitement. Elle affecte de préférence le type de la *mélancolie aiguë* ou *subaiguë* (dépression mélancolique).

Pronostic. — D'une façon générale, la folie puerpérale est *assez curable*, surtout à son premier accès, moins cependant peut-être que la folie généralisée simple. Celle qui se manifeste pendant la gestation et la parturition est la plus curable ; au contraire, celle qui survient pendant la lactation offre un pronostic plus sérieux. On peut dire également que la folie puerpérale à forme maniaque présente plus de chances de guérison.

Il n'est pas de folie plus sujette à la *récidive* que la folie puerpérale, et une première atteinte prédispose presque fatalement à une seconde. Il est ainsi des femmes qui ont, à chaque grossesse un accès de folie puerpérale, tantôt à forme maniaque, tantôt à forme mélancolique. Toutefois, à chaque accès, le pronostic devient plus grave, et il est rare qu'à

une seconde ou troisième atteinte, la folie ne passe pas à l'*état chronique*.

Le *traitement* n'est autre que le traitement habituel de la manie et de la mélancolie, avec les indications spéciales que réclame l'état de la femme, l'anémie, la suppression du lait, le retour des menstrues, etc., etc.

§ IV. — Folie de la ménopause

La ménopause, si justement appelée époque critique, est une période dangereuse à traverser pour beaucoup de femmes, et elle est très fréquemment l'occasion de perturbations intellectuelles et morales, de modifications psychiques qui peuvent aller, quelquefois, jusqu'à la folie. Ce sont surtout les femmes nerveuses ou prédisposées à l'aliénation mentale qui courent risque, à ce moment, de perdre la raison. Il n'est pas rare d'en voir qui, atteintes d'une prédisposition originelle qu'elles ont pu conserver à l'état latent pendant toute la durée de leur vie active, malgré les chocs physiques et moraux qu'elles ont subis, deviennent aliénées à ce moment, sous la seule influence de la suppression physiologique des menstrues. Chez d'autres, qui ont déjà eu antérieurement un ou plusieurs accès de folie, l'époque du retour d'âge est l'occasion d'un nouvel accès ou d'une rechûte. Cette perspective est surtout à craindre pour les femmes dont les premières atteintes de délire ont été liées soit à la puberté, soit à des troubles des règles, soit à la grossesse, en un mot, à l'un des grands processus de la vie génitale dont nous ve-

nons d'étudier l'influence. C'est pour elles, surtout, que la dernière étape de cette vie est difficile à franchir.

Comme la folie de la puberté et la folie menstruelle, la folie de la ménopause ne présente pas, à vrai dire, une physionomie clinique spéciale, et le tableau symptomatique est susceptible de varier à l'infini; toutefois, ici encore, c'est dans la *sphère impulsive* que se manifestent les plus grands désordres, et c'est surtout la *tendance à la dipsomanie*, au *vol*, à l'*homicide*, à l'*incendie*, mais bien plus encore au *suicide*, qui constitue le côté saillant de l'affection. Quant au *délire*, il affecte fréquemment la *forme érotique* ou *mystique*, et s'accompagne, dans un grand nombre de cas, de ces *hallucinations génitales bizarres* que nous avons signalées en parlant des hallucinations. On a admis l'influence prépondérante de la ménopause sur le développement de la *paralysie générale* , chez la femme, et la plupart des auteurs allemands vont même jusqu'à considérer cette affection comme une maladie de ce qu'ils appellent le *klimactérium*, c'est-à-dire de l'âge critique. En réalité, cette influence paraît avoir été exagérée, et il est permis de penser que si, très souvent, la suppression des règles coïncide avec le début de la paralysie générale, cette suppression est dans certains cas non pas la cause, mais l'effet, immédiat ou sympathique, de la maladie cérébrale.

L'âge critique, qui paraît avoir une influence si active sur le développement de la folie, joue parfois, chez certaines aliénées plus ou moins chroniques,

le rôle de *crise*, et détermine un retour à la raison qui semblait être devenu à jamais impossible. Esquirol a cité l'histoire d'une malade qui, devenue folle à l'époque de la puberté, cessa de l'être seulement à l'époque de la ménopause. Dans certains cas, au contraire, on voit des vésanies qui s'étaient maintenues jusque-là à l'état aigu, c'est-à-dire curable, passer à l'état chronique et devenir par conséquent incurables sous l'influence de l'âge critique. Ce qui est certain, c'est que l'époque climatérique est une *époque critique* pour les aliénées tout aussi bien que pour les personnes saines d'esprit. C'est à ce moment, on peut le dire, que leur avenir se décide à tout jamais, lorsqu'il reste encore quelques chances de retour à la raison ; passé cet âge, ou bien elles guérissent et sont désormais à l'abri des atteintes de la folie, ou bien elles s'enfoncent irrévocablement dans l'incurabilité et dans la démence.

La folie de l'âge critique est pour ainsi dire spéciale à la femme. Néanmoins, *les hommes* paraissent y être quelquefois sujets, car, suivant certains auteurs, ils ont aussi leur grande époque climatérique, entre cinquante et soixante ans. Chez eux, plus encore que chez la femme, les caractères de la maladie consisteraient surtout dans un état *constant d'appréhension*, *la peur d'un malheur quelconque*, *la tendance au suicide*, et aussi, particularité intéressante, dans *la crainte que manifeste le sujet de perdre son âme.*

La folie de la ménopause est, en général, *curable* et sa *durée* limitée, d'habitude, à celle du *klimactérium.* Souvent même, l'accès, tout à fait passager,

disparaît au bout de quelques mois, avant que l'époque critique ne soit terminée. Mais il est rare alors que la guérison soit complète, et, le plus souvent, il reste quelques symptômes plus ou moins apparents, indiquant que l'amélioration n'est que temporaire et fragile. La guérison ne peut être déclarée absolue et définitive que lorsque le travail de la ménopause est entièrement terminé et que la vie génitale est tout à fait éteinte chez la femme. Nous ne signalerons que pour mémoire les cas absolument exceptionnels où la folie ne survient qu'après l'âge critique, et se manifeste par des accès périodiques survenant aux époques où venaient autrefois les règles.

Le *traitement* de la folie liée à la ménopause est parfois des plus difficiles, car il n'y a point, ici, de ligne de conduite absolue, comme dans le cas où l'aliénation est le résultat de la puberté ou de la dysménorrhée. L'indication capitale en dehors du traitement hygiénique et moral, qu'il ne faut jamais négliger, est de diriger ses efforts contre la perturbation du système nerveux, et surtout contre le trouble de la fonction vaso-motrice, qui se traduit à l'extérieur par ces congestions circulatoires périphériques, par ces bouffées de chaleur alternant avec des refroidissements et de la pâleur qu'on observe si fréquemment dans la ménopause.

§ V. — Folie de la vieillesse

Dans l'étude de la démence que nous avons faite au chapitre des infirmités cérébrales, nous avons pris pour type de notre description la démence sé-

nile simple, sans délire et sans folie. Sur cet état de *démence sénile* simple peut venir s'enter un accès de folie véritable et c'est cet élément nouveau dont nous avons à dire un mot ici.

Dans la plupart des cas, ce sont des *idées de persécution* qui surviennent. Les idées de persécution, dans la démence sénile, sont nécessairement absurdes, puériles ; les malades s'imaginent, presque toujours, qu'on leur en veut, mais surtout qu'on veut les voler : c'est là leur idée prédominante. C'est sous l'influence de cette crainte du vol qu'ils se *lèvent la nuit*, *cachent* tout ce qu'ils possèdent dans des endroits où, plus tard, ils ne les retrouvent plus eux-mêmes, se barricadent dans leur maison et dans leur chambre, et vont même, pour ainsi dire automatiquement, jusqu'à accumuler dans leurs seaux à toilette ou leurs vases de nuit, leurs draps, leurs couvertures et leurs vêtements.

Il peut exister, en même temps, des *hallucinations* de la vue ou de l'ouïe, mais confuses, rudimentaires, comme elles le sont toujours dans les états de démence.

Le sommeil est nul ou presque nul. La *turbulence* et l'*excitation nocturne* sont des symptômes à peu près constants chez ces malades.

Quant aux actes, ils portent le cachet de la démence. Ce sont des *vols* absurdes et enfantins, comme ceux des paralytiques généraux, mais plus niais encore ; des *emportements* subits et sans motif, des tentatives ridicules et irréfléchies de *suicide* ; ce sont, surtout des *actes libidineux* des *exhibitions*

obscènes faites en public, des tentatives de viol, des actes contre nature, etc. Dus en partie à une certaine excitation génésique, ces actes de salacité sont surtout le fait du défaut de conscience et de la perte absolue du sentiment de la pudeur, qui existe chez les déments.

Dans certains cas, au lieu de cet état de délire de persécution rudimentaire, et pour ainsi dire avorté, on peut voir survenir un *accès de manie* ou de *mélancolie aigu*, le plus souvent mortel, en raison de l'âge avancé des malades.

CHAPITRE X

FOLIES ASSOCIÉES AUX MALADIES GÉNÉRALES

§ I. — Folies liées aux maladies aigues généralisées (*Variole*, *Erysipèle*, *Choléra*, *Fièvre typhoïde*)

Les maladies aiguës généralisées, telles que les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le choléra, peuvent se compliquer d'un accès d'aliénation mentale. Mais il faut reconnaître que ce genre de complication est assez rare, et que les troubles intellectuels, dans ces maladies, consistent bien plutôt en *délire fébrile* qu'en *véritable folie*. Parfois aussi, ces affections ont pour effet, chez des malades sourdement intoxiqués, de provoquer l'apparition d'un *délire alcoolique.* Il est facile, le plus souvent, de reconnaître ces diverses complications, et nous n'avons pas à revenir ici, notamment, sur les caractères qui distinguent le délire fébrile du délire vésanique.

1° Variole

La fièvre éruptive qui se complique le plus fréquemment de folie est la variole. Les moments où cette com-

plication apparaît de préférence sont le moment de l'éruption et celui de la convalescence. Elle peut cependant éclater aussi pendant l'incubation.

La forme clinique la plus habituelle, surtout au moment de l'éruption, est la *manie aiguë* avec agitation violente, incohérence, actes désordonnés, fièvre très vive; au moment de la convalescence, au contraire, c'est surtout la *forme mélancolique* que l'on observe, de préférence la *mélancolie aiguë* ou *subaiguë*, avec dépression profonde, et presque toujours idées de suicide. La fréquence du *suicide* a été souvent signalée chez les varioleux délirants.

Les accès de folie liés à la convalescence de la variole ont quelque analogie avec ceux qu'on observe au déclin de la fièvre typhoïde et comme eux, mais d'une façon moins marquée, ils présentent au point de vue des conceptions délirantes et des hallucinations qui les accompagnent, ce *cachet d'absurdité* et de niaiserie avec *obtusion intellectuelle* qui leur imprime une physionomie tout à fait caractéristique. Quant à ceux qui surviennent dans le cours de la maladie, il n'est pas rare de les voir s'annoncer par une diminution des symptômes fébriles, qui peuvent en imposer pour une amélioration réelle.

Le *pronostic* de la folie liée à la variole est en général peu grave, et l'accès guérit habituellement. Toutefois, au moment de l'éruption, il peut survenir un *délire aigu* mortel; dans la convalescence, l'accès peut tourner à l'état chronique et se terminer plus ou moins rapidement par la *démence*. Nous n'avons pas à parler ici de l'influence de la variole sur la marche

d'une folie déjà existante; ce sujet rentre dans la pathologie générale, à l'article des affections incidentes. Nous nous bornons à rappeler que la variole et, d'une façon générale, les maladies fébriles aiguës peuvent, dans certains cas jouer le rôle de *crise*, et déterminer la guérison ou l'amélioration de la folie.

La *rougeole*, la *scarlatine* et la *diphthérie* ne provoquent jamais ou presque jamais d'accès de folie, et lorsque elles s'accompagnent, rarement d'ailleurs, de troubles intellectuels c'est, dans les premières surtout d'un délire fébrile, et dans la seconde, d'un délire pour ainsi dire asphyxique, qu'il s'agit.

2° Érysipèle

On sait que l'érysipèle, surtout l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, s'accompagne presque constamment de *délire* de nature ordinairement *fébrile* ou, chez les buveurs, *alcoolique*. Dans certains cas, assez rares cependant, il peut être l'occasion d'un accès de *folie véritable.*

Comme dans la variole, l'accès de folie, dans l'érysipèle, survient de préférence pendant la période aigüe de la maladie, presque toujours alors sous forme de *manie aiguë* ou de *délire aigu*; ou pendant la convalescence, sous forme de *mélancolie* avec dépression, hébétude, hallucinations diverses, surtout de l'ouïe, idées de suicide, etc, etc. La paralysie générale elle-même, paraît s'être développée, dans certains cas, à la suite de l'érysipèle de la face.

La seule particularité à signaler au sujet de la folie liée à l'érysipèle, c'est que par ce fait que l'érysi-

pèle est une maladie à récidive, un accès de folie à l'occasion d'un érysipèle crée un précédent fâcheux qui permet de prévoir de nouveaux accès de folie dans le cas de récidive de l'érysipèle. On a même cité quelques cas d'accès de manie consécutifs à un érysipèle de la face, guéris par l'apparition d'un nouvel érysipèle.

3° Choléra

On a souvent signalé la possibilité de complications vésaniques dans le choléra, surtout au moment de la convalescence. Les formes cliniques les plus fréquentes sont : la *manie aiguë* avec ou sans conceptions délirantes ambitieuses, et aussi la *mélancolie*, accompagnée d'idées vagues de persécution et de tendance au suicide.

Bien que la folie constitue, dans le choléra, une complication, elle guérit le plus souvent; on a même remarqué qu'elle survenait d'habitude dans les cas de choléra qui doivent se terminer par la guérison.

4° Fièvre typhoide

La folie de la fièvre typhoïde est le type des folies liées aux maladies aiguës. Par son importance, sa fréquence relative, et le nombre de travaux qu'a provoqués son étude, elle mérite de nous arrêter un instant.

Disons tout d'abord que le *délire fébrile*, non vésanique, est très commun dans la fièvre typhoïde, et qu'il ne fait presque jamais défaut daus les cas gra-

ves. Il est, en général, facile de le reconnaître, en raison des caractères de délire fébrile qu'il présente ; cependant, on a cité des cas, et ce fait semble assez spécial à la fièvre typhoïde, où ce délire se systématisait pour ainsi dire ou consistait uniquement en hallucinations, de manière à offrir quelques analogies avec le délire des aliénés.

Quant à la véritable folie elle est relativement assez fréquente, et, comme dans la plupart des maladies fébriles, elle peut survenir soit pendant le cours de l'affection, soit à son déclin.

Les *accès de folie dans le cours* de la fièvre typhoïde sont rares; ils consistent surtout en *accès* de *manie aiguë* ou *suraiguë* et sont très graves. Ils peuvent, comme nous l'avons fait remarquer à propos des fièvres éruptives, s'annoncer par des symptômes d'amélioration trompeurs. Ils sont le plus souvent suivis de mort.

La *folie de la convalescence* est la plus commune et c'est d'elle qu'on veut parler lorsqu'on parle de la folie liée à la fièvre typhoïde. Le moment de son apparition est variable. Elle peut survenir, soit au déclin de la maladie, alors que le mouvement fébrile a perdu de son intensité, soit plus tard, pendant toute la durée de la convalescence. Elle peut même ne se déclarer que lorsque le retour à la santé paraît complet, et que le malade a déjà fait plusieurs sorties.

L'apparition de la folie au décours de la fièvre typhoïde, ne suppose pas nécessairement que l'affection a été très intense et ait revêtu une forme adynamique ; elle peut survenir même dans les cas de dothiénen-

térie légère et de courte durée. Comme on l'a fait remarquer récemment avec raison, la folie est plus fréquente dans certaines épidémies de fièvre typhoïde que dans d'autres, ce qui semblerait indiquer qu'en dehors des prédispositions individuelles, certaines épidémies prédisposent plus particulièrement à cette complication.

Les trois états d'aliéniation susceptibles de se montrer, au déclin de la fièvre typhoïde sont : *l'obtusion intellectuelle* ou *pseudo-démence*, la *manie* et la *mélancolie*.

L'obtusion intellectuelle n'est que l'exagération morbide de cette obnubilation plus ou moins marquée et plus ou moins persistante des facultés et surtout de la mémoire, que la fièvre typhoïde laisse habituellement après elle. Ici, elle se présente avec tous les caractères de la *démence*, et peut aller, dans certains cas, jusqu'à *l'annihilation presque complète de* l'*intelligence*.

Mais ce n'est point là une véritable démence, ce n'est qu'une pseudo-démence, un obscurcissement de l'esprit causé par la débilitation profonde de l'encéphale; car, presque toujours les facultés se réveillent peu à peu pour reprendre plus ou moins complétement leur activité normale, tandis que les *altérations de la démence sont irréparables*.

Cette obtusion intellectuelle, cette pseudo-démence peut à elle seule constituer tout le trouble mental, mais lorsqu'il survient un accès de manie ou de mélancolie elle existe quand même, et c'est elle qui imprime à l'accès de folie un de ses principaux caractères.

La manie, dans la fièvre typhoïde, s'observe surtout sous la *forme aiguë* et plus souvent encore *subaiguë*.

On a signalé depuis longtemps, la fréquence *d'idées ambitieuses* plus ou moins limitées, fixes, dans ces cas.

Mais, ce qui donne à cet état et à ce délire une physionomie spéciale, c'est l'*obtusion intellectuelle* qui existe constamment. Cette obtusion détermine en effet un état d'hébétude et de faiblesse intellectuelle qui imprime à la physionomie générale, aux idées et aux actes des malades un *cachet d'absurdité* et de *niaiserie* caractéristique.

Cette particularité, jointe à ce que nous avons dit de la fréquence relative, dans ces cas, de conceptions ambitieuses absurdes, et aussi de troubles physiques tels que faiblesse musculaire, tremblements, lenteur de la parole, qui peuvent exister concurremment, n'est pas sans ocasionner parfois quelques difficultés au point de vue du diagnostic avec la *paralysie générale*.

La mélancolie est la forme de folie la plus fréquente dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Elle se caractérise habituellement par une *dépression* plus ou moins profonde, et qui, dans certains cas, peut aller jusqu'à la stupeur; par *des hallucinations* confuses surtout de l'ouïe; par des *idées délirantes*, principalement des idées vagues de persécution; enfin, par des *actes absurdes* et quelquefois une tendance marquée à la *sitiophobie* et au *suicide*.

Comme pour la manie, ce qui lui donne sa note spéciale, c'est le *cachet démentiel* qu'elle présente dans ous ses symptômes et dans toutes ses manifestations.

En somme, les troubles d'aliénation dans la conva-

lescence de la fièvre typhoïde, se résument dans un état constant de *pseudo-démence* qui constitue le fond de l'état intellectuel, et sur lequel vient s'enter parfois un *accès de manie* ou de *mélancolie aigu.*

Pronostic. — Malgré la débilitation physique qui acompagne cet état, malgré l'apparente gravité de ces accès, ils sont le plus souvent suivis de *guérison*, et il est habituel de voir disparaître la folie consécutive à la fièvre typhoïde. Ce n'est que dans des cas très rares qu'ils persistent et passent à l'état chronique.

Pathogénie. — Bien qu'on ne soit pas fixé sur ce point d'une manière certaine, il est probable que la pseudo-démence et les accès de folie dans la convalescence de la fièvre typhoïde sont liés à des troubles dynamiques et de nutrition de la substance nerveuse du cerveau.

Diagnostic. — La folie de la convalescence de la fièvre typhoïde est assez facile à reconnaître, en raison de ce cachet démentiel qu'elle présente, de cette obtusion générale répandue sur toute la personne du malade et qui est assez caractéristique. Il est donc relativement aisé d'établir le *diagnostic* précis même en l'absence de renseignements exacts. Un diagnostic important, c'est celui qui se pose parfois entre la folie de la fièvre typhoïde et une *paralysie générale* à forme maniaque ou mélancolique, d'autant que la paralysie générale peut succéder à la fièvre typhoïde. La difficulté est quelquefois assez grande pour provoquer l'hésitation. Pourtant, en général, on peut s'appuyer sur ce fait, que l'embarras de la parole et

l'inégalité des pupilles font habituellement défaut dans la fièvre typhoïde, et que les conceptions délirantes y sont plus limitées, moins mobiles et aussi plus enfantines et plus niaises que dans la paralysie générale. Quant au délire qui marque parfois le début de la fièvre typhoïde, il peut être pris pour un *accès de folie* et l'erreur a été commise. Il faut, en règle générale, se défier des délires à apparition très brusque et complication de fièvre, surtout de fièvre à exacerbation vespérale et à courbe thermique régulièrement ascendante, qui sont le plus souvent des délires fébriles.

Le *traitement* varie suivant les cas ; l'indication capitale consiste d'habitude à tonifier les malades sous toutes les formes, toniques amers, hydrothérapie, exercices, etc.

§ II. Folies liées aux maladies générales chroniques (folies diathésiques)

Anémie, fièvre intermittente, rhumatisme, goutte, phthisie pulmonaire, pellagre, cancer, syphilis.

1° Anémie

L'anémie a certainement une influence sur la production de l'aliénation mentale, et en favorise indirectement l'éclosion dans les cas où il existe déjà une prédisposition quelconque. Mais il est très rare qu'elle provoque de toutes pièces un accès de folie ; le plus souvent, si profonde qu'elle soit, elle ne détermine

que ce délire non vésanique, analogue au délire fébrile, qui porte le nom de *délire anémique*.

Il est des cas cependant, où des hémorrhagies, surtout des hémorrhagies utérines longtemps prolongées, peuvent déterminer à la longue, chez des prédisposés, un accès de folie véritable, *maniaque* ou *mélancolique*. qui cède facilement à un traitement tonique et reconstituant.

2° Fièvre intermittente

Sydenham a, le premier, signalé la possibilité de la folie liée à la fièvre intermittente. Depuis, un grand nombre d'observateurs se sont occupés de la question, et aujourd'hui, il est généralement admis que la fièvre intermittente peut produire la folie, surtout en raison de l'anémie qu'elle détermine.

Le plus souvent, la folie se manifeste pendant la convalescence de la fièvre intermittente, de péférence dans la fièvre quarte, et chez les sujets épuisés par la longueur de la maladie et la cachexie. Elle revêt ordinairement la forme *de mélancolie* avec *stupeur*, avec le cortège de ses symptômes habituels, particularité qu'on a essayé d'expliquer par ce fait que les hydropisies, si tant est que la stupidité soit véritablement liée à l'œdème du cerveau, sont les accidents les plus communs des fièvres intermittentes. Au lieu de la stupeur, on peut avoir affaire à un accès de *mélancolie aiguë* ou *subaiguë*, mais presque jamais à *la manie*.

En revanche, les *accès de manie* sont plus fréquents dans la folie qui survient pendant le cours de la fièvre intermittente. Il est assez fréquent, dans ce cas, de

voir l'accès de manie ou de mélancolie se substituer à l'accès de fièvre, prendre comme lui le *caractère intermittent*, et affecter le même *type périodique*. Toutefois cette périodicité ne dure pas longtemps en général ; l'accès de folie peut devenir continu, ou être remplacé à nouveau par l'accès de fièvre. Dans certains cas, c'est une série de petits accès de manie et de mélancolie qui se manifeste, c'est-à-dire une *véritable folie à double forme*.

Des accès de folie liés à la fièvre intermittente, ceux qui surviennent pendant la convalescence, alors que le malade est déjà atteint de cachexie paludéenne, sont de beaucoup les *plus graves*. Il n'est pas rare de voir, dans ces conditions, la stupeur se prolonger, et, finalement, tourner en démence incurable.

Les accès maniaques, mélancoliques, ou mélancolico-maniaques qui se manifestent dans le cours de la fièvre intermittente, qu'ils remplacent ou non les accès, sont beaucoup plus susceptibles de guérison, d'autant que, comme les accès de fièvre, ils relèvent de la *médication antipériodique*, à laquelle ils cèdent le plus souvent.

3° Rhumatisme

(*Folie rhumatismale*)

On sait que le Rhumatisme articulaire, dans ses manifestations aiguës, peut provoquer, sous l'influence d'une espèce de métastase, des accidents méningitiques ou apoplectiques qui ont reçu le nom de *Rhumatisme cérébral*. Ces accidents peuvent, à leur tour,

s'accompagner de troubles délirants qui se manifestent le plus souvent sous la forme aiguë ou sur-aiguë avec incohérence, loquacité, excitation très-vive, etc. Mais ce n'est point là à proprement parler de la vésanie ; c'est uniquement *du délire fébrile,* méningitique,poussé au plus haut degré.

Les troubles vésaniques du rhumatisme, ceux qui constituent ce qu'on a appelé la *folie rhumatismale,* sont de deux ordres. Les uns existent dans le rhumatisme chronique ancien, en dehors des épisodes aigus de la maladie ; les autres se lient intimement aux accès aigus du rhumatisme.

La folie rhumatismale, signalée pour la première fois par Leuret en 1845, a été surtout étudiée depuis par Mesnet, Griesinger, Morel, Fleming, Fraser, Simson, Simon, Maréchal, Ball et Faure.

1° Les troubles intellectuels liés au *rhumatisme chronique*, consistent le plus souvent en *modifications du caractère*, qui devient acerbe, et en une tendance marquée à la *dépression*, qui peut aller, dans certains cas, jusqu'à la *mélancolie*. Il s'y joint aussi de l'irritabilité, des emportements sans motif, des alternatives d'excitation et de dépression, etc. En somme, il ne s'agit là que de désordres psychiques plus ou moins accentués, mais qui n'atteignent pas réellement la folie.

2° La véritable folie rhumatismale est celle qui survient à l'occasion des *épisodes aigus* du rhumatisme.

Le plus souvent, elle éclate pendant la convalescence ; parfois aussi, elle survient pendant le cours même de l'accès de rhumatisme, et dans ce cas, elle se substitue ordinairement aux accidents articulaires,

qni peuvent reparaître une fois encore avec la disparition de l'accès de folie.

Presque toujours, la folie rhumatismale affecte la *forme mélancolique*, surtout lorsqu'elle survient au moment de la convalescence. Ce n'est que lorsqu'elle éclate au moment des symptômes articulaires qu'elle peut se traduire par un accès de *manie aiguë.*

Toutes les variétés de mélancolie aiguë peuvent s'observer dans le rhumatisme. Le plus souvent, cependant, il s'agit de la *mélancolie subaiguë* ou de la *mélancolie délirante* avec dépression plus ou moins profonde, quelquefois *alternatives d'excitation* et de *dépression*, idées délirantes de persécution, d'empoisonnement, hallucinations multiples, surtout de la vue et de l'ouïe, enfin tendance à la *sitiophobie* et au *suicide.* La dépression peut aller, dans certains cas, jusqu'à la *stupeur*.

Quelle que soit la forme de folie qui se manifeste, le fond de l'état mental est toujours constitué par une *obtusion intellectuelle* plus ou moins grande, et même, quelquefois, par une diminution des facultés qui peut persister et devenir permanente. A ce point de vue, l'état mental des malades atteints de folie rhumatismale ressemble à celui que nous avons indiqué au sujet de la fièvre typhoïde.

Les accès d'aliénation, dans le rhumatisme, s'accompagnent très souvent de mouvements choréiformes, et coexistent fréquemment avec les maladies du cœur et du péricarde.

Enfin, ils peuvent alterner, une ou plusieurs fois,

avec les accidents articulaires, apparaissant quand ceux-ci disparaissent, et réciproquement.

Pronostic. — La folie rhumatismale *guérit* dans la plupart des cas, trois fois sur cinq environ. Toutefois la guérison est rarement complète, absolue, en ce sens qu'il reste très souvent une certaine obnubilation de l'intelligence, et parfois même, de l'affaiblissement intellectuel.

Les *récidives* sont fréquentes, et un accès de folie, dans le cours d'une attaque de rhumatisme, prédispose à d'autres atteintes, dans des conditions analogues.

La *mort* est rare, et elle n'est presque jamais due à la folie elle-même, mais bien au rhumatisme, à ses complications, et à l'état général qui l'accompagne.

Pas plus que la manie et la mélancolie simples, la folie rhumatismale n'est liée à des *lésions cérébrales* fixes, invariables ; le plus souvent, on ne trouve aucune lésion dans le cerveau, ou seulement les altérations habituelles de la folie aiguë généralisée.

Le *traitement* de la folie rhumatismale ne comporte pas d'indication spéciale, si ce n'est peut-être l'avantage qu'il y a, dans beaucoup de cas, à rappeler la fluxion articulaire, dont le retour suffit parfois pour faire disparaître les accidents intellectuels.

4° Goutte

(*Folie goutteuse*)

Ce que nous avons dit de la folie liée au rhuma-

tisme peut s'appliquer, d'une façon générale, à la *folie liée à la goutte.*

Il faut faire remarquer, cependant, que les goutteux sont surtout des *excités*, et que dans leurs accès de folie, qui d'habitude compliquent ou remplacent les accidents articulaires, c'est surtout la *manie aiguë* qu'on voit survenir.

5° Tuberculose

(*Folie de la phthisie*)

Esquirol et Georget ont signalé, les premiers, la fréquence des affections de poitrine chez les insensés.

Depuis ce moment, cette intéressante question a sollicité de nombreux travaux, desquels il ressort clairement que les affections pulmonaires, mais surtout la phthisie, ont une influence marquée sur les troubles de l'intelligence.

Certains auteurs rangent la *folie de la phthisie* — on ne doit jamais dire la *folie tuberculeuse*, cette expression éveillant l'idée d'une lésion anatomique qui n'existe pas, — parmi les *folies sympathiques*. Cette opinion peut se soutenir, car, lorsque la folie éclate au début de la phthisie, il s'agit d'une affection organique qui peut, à ce moment, être considérée comme purement locale, et comme n'ayant aucun lien direct de souffrance avec les centres nerveux. Toutefois, en raison du caractère général et pour ainsi dire *diathésique* de la phthisie, la folie qui lui est liée nous a paru trouver plutôt ici sa place.

Chez beaucoup de phthisiques, l'intelligence et le

caractère s'affectent plus ou moins. On voit survenir une tendance anormale à l'*hypochondrie*, à la tristesse, ou, au contraire, à la satisfaction, à l'optimisme, au bien-être, à l'*euphorie*, comme on l'a dit. Les malades deviennent irritables, mobiles à l'excès; souvent aussi, ils font preuve d'une *excitation génésique* remarquable. Enfin, ils peuvent se laisser aller à des actes morbides et à de véritables *impulsions*, surtout à la *dipsomanie*.

Quant à la folie véritable, elle peut survenir chez les tuberculeux de plusieurs façons différentes. Tantôt, la tuberculisation précède manifestement la vésanie, qui, une fois constituée, subit les vicissitudes de l'affection pulmonaire et suit une marche parallèle. D'autres fois, l'apparition des désordres psychiques coïncide avec l'amendement ou la disparition des phénomènes pulmonaires et c'est alors qu'on voit les deux ordres de symptômes alterner et se remplacer tour à tour. Dans certains cas, enfin, la folie éclate sans que rien jusqu'alors ait attiré l'attention du côté de la poitrine, la phthisie ayant revêtu jusqu'à ce moment cette forme latente qu'elle affecte si fréquemment chez les aliénés, et à laquelle les Anglais ont donné le nom de *Florid consumption*, en raison de l'aspect extérieur du malade et de la coloration du visage, qui offrent un contraste frappant avec les renseignements fournis par l'auscultation.

Il faut signaler, enfin, les accès de délire ou de folie plus ou moins passagers qui surviennent chez les tuberculeux, à la période ultime de la maladie, et dont MM. Peter, Lucien Leudet, B. Ball, ont cité d'inté-

ressants exemples. Mais il s'agit uniquement ici, comme ces auteurs l'ont établi, de *phénomènes toxiques* dus au défaut d'hématose et à la saturation du sang par l'acide carbonique, c'est-à-dire d'un délire qui n'a rien à voir avec la folie proprement dite.

Quel que soit son mode de début, l'accès d'aliénation lié à la phthisie pulmonaire peut présenter des caractères variés. On s'accorde à reconnaître, cependant, que la *lypémanie* est la forme la plus fréquente de folie consécutive à la tuberculose.

Le Dr Clouston, poussant plus loin son analyse, a constaté que de toutes les variétés d'aliénation la plus fréquente, on pourrait dire la plus spéciale aux phthisiques, était la *manie du soupçon* (il vaudrait mieux dire la *mélancolie du soupçon*). Il ajoute même que cette monomanie de défiance ou de suspicion est plus commune dans les cas de tuberculisation du péritoine que dans la tuberculose pulmonaire. M. Ball a cité, dans ses Leçons, un exemple remarquable de ce genre de délire.

Après la mélancolie du soupçon qui se présente fréquemment sous forme de folie *lucide* ou *consciente*, la forme la plus commune, dans la phthisie pulmonaire est la *mélancolie aiguë*, surtout la mélancolie très profonde, accompagnée de tendances au *suicide* longtemps persistantes et de *refus d'aliments*. La *manie* et la *démence* viennent après, et, enfin, au bas de l'échelle, la *paralysie générale*.

Sans discuter la question de savoir si la tuberculose peut créer de toutes pièces cette maladie, il est certain que, latente ou non, et elle est dans ce cas le

plus souvent latente, l'affection pulmonaire influe sur l'aspect mental de la paralysie générale. Clouston a remarqué que tous les paralytiques tuberculeux avaient commencé par un *stade de mélancolie*, et que c'était surtout chez eux qu'on rencontrait ces idées hypochondriaques extravagantes, signalées par M. Baillarger.

Dans le cas où la folie se présente chez les phthisiques avec sa forme la plus fréquente, voici, suivant Clouston, résumé par M. Ball, comment les choses se passent habituellement.

Le début de la maladie s'annonce comme une *manie* ou une *mélancolie*. On observe de l'*excitation* ou de la *dépression*, mais bientôt la période aiguë s'éteint et le malade tombe dans l'*état chronique*. Il présente une disposition d'esprit toute spéciale. Il est en proie à une irritabilité morbide, à une mauvaise humeur continuelle. Il est atteint de la *manie du soupçon* (*mania of suspicion*). Il présente, pour ainsi dire, un *faux délire de persécution*. Il existe en même temps une sorte de paresse intellectuelle, une aversion profonde pour le travail, une horreur du mouvement.

Cet état de dépression est souvent traversé par des accès d'emportement. Sans aucun motif, le malade se met en colère, mais son irritation ne dure pas longtemps.

Peu à peu le sujet verse dans la *demi-démence*, coupée quelquefois par des intermittences périodiques; des éclairs d'intelligence viennent parfois traverser l'obscurité, et c'est surtout chez les aliénés phthisiques que l'on constate ce retour complet à la raison

aux approches de la mort qui a été indiqué par tant d'observateurs.

Les *lésions cérébrales*, dans la folie des phthisiques, ne présentent rien de bien particulier. D'après Schüle, il existerait souvent une hypérhémie veineuse des méninges avec anémie de la substance corticale sous-jacente. Le cerveau est pâle, œdématié, et présente par places une vascularisation irrégulière. Au microscope, on constate l'infiltration graisseuse et la rupture de quelques fibres corticales. Suivant Clouston, le poids spécifique de la substance grise serait, en outre, extrêmement amoindri.

La folie des phthisiques est *incurable* en général. La moitié des tuberculeux succombent en moins de trois années après le début de la folie. Enfin, la folie n'agit que très rarement d'une façon favorable sur la phthisie, et, dans l'immense majorité des cas, bien que les symptômes de la phthisie restent masqués, l'épanchement tuberculeux n'en continue pas moins son évolution.

Le *traitement* est celui de la phthisie pulmonaire. Il faut savoir toutefois que la folie peut alterner avec les symptômes pulmonaires, et que faire disparaître la première, c'est souvent faire revenir les seconds, ce qui impose une grande prudence.

6° Pellagre

(*Folie pellagreuse*, *Paralysie générale pellagreuse*)

On sait que la pellagre est une maladie générale, constitutionnelle ou diathésique, qui est essentielle

ment caractérisée par un érythème squammeux borné aux parties les plus exposées à l'action de la chaleur et de la lumière, une phlegmasie chronique des voies digestives, dont l'indice le plus ordinaire est une diarrhée opiniâtre, enfin par une lésion plus ou moins grave du système nerveux aboutissant parfois à l'aliénation mentale et à la paralysie (Henri Gintrac).

Nous n'avons pas ici à développer la question étiologique qui a donné lieu à de si vives et de si longues discussions, tant en France qu'en Italie. Rappelons seulement qu'on a incriminé tour à tour les influences athmosphériques et géologiques, l'hérédité, surtout l'usage du maïs altéré par un parasite appelé *Verderame* ou *Verdet*. En fin de compte, on admet généralement que la pellagre ne reconnaît pas à proprement parler, de cause spécifique, et que l'influence héréditaire, certaines professions, l'action de la chaleur et de la lumière, une alimentation insuffisante, la misère surtout certaines conditions climatologiques et topographiques, constituent un ensemble de circonstances qui, se trouvant réunies, impriment à l'organisme une débilitation profonde et peuvent déterminer son développement.

Folie pellagreuse. — En ce qui concerne les troubles intellectuels, il est reconnu que la forme d'aliénation la plus fréquente dans la pellagre est la *mélancolie*. Elle existe, plus ou moins marquée, dans la plupart des cas. Elle se traduit par une *inertie*, une passivité, une indifférence, une torpeur assez grandes ; par de l'*insomnie*, des *hallucinations*, souvent terrifiantes, de la vue surtout, et aussi de l'ouïe; par des

conceptions délirantes tristes avec idées fixes de désespoir, de damnation, de crainte, d'anxiété, et en particulier, une tendance tellement marquée au *suicide* et au suicide par submersion, que Strambio avait désigné la maladie sous le nom d'*hydromanie*. En parcourant les contrées à pellagre, on peut se convaincre encore que chaque année plusieurs pellagreux sont trouvés noyés dans les étangs. Cette *dépression mélancolique* qui peut aller dans certains cas, jusqu'à la *stupeur*, est toujours basée sur un fond d'*obtusion*, d'hébétude intellectuelle, qui finit par devenir permanent, et aboutit, par degrés, à la *démence*, à mesure que la cachexie pellagreuse fait de nouveaux progrès.

Paralysie générale pellagreuse. — M. Baillarger et certains auteurs italiens ont signalé l'existence d'une forme particulière de *paralysie générale* consécutive à la cachexie pellagreuse, et dont les symptômes prédominants, au point de vue des troubles intellectuels, sont la *démence* et les idées *dépressives*. Après des études et des discussions nombreuses sur ce point, on s'accorde assez à admettre aujourd'hui qu'il s'agit là non pas d'une véritable paralysie générale, mais d'une *pseudo-paralysie générale* dans le genre de celles que l'on observe dans le cours de la syphilis ou de certaines intoxications chroniques telles que le saturnisme et l'alcoolisme.

Pellagre chez les aliénés. — M. Billod, en 1855, a signalé une endémie de pellagre chez les aliénés des asiles d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire, et depuis,

dans un nombre considérable de travaux, il n'a cessé de soutenir la possibilité du développement de la pellagre dans le cours de l'aliénation mentale. On s'accorde généralement à ne voir dans l'érythème et les troubles divers que présentent les aliénés à cet égard que de la *pseudo-pellagre* et non de la pellagre vraie.

La folie pellagreuse est des *plus graves*, non par elle-même, mais parce qu'elle est l'expression, dans la sphère de l'intelligence, d'une maladie générale à marche progressive, et qui aboutit presque fatalement à la cachexie et à la mort.

Le *diagnostic* de la folie pellagreuse ne peut laisser aucun doute en raison des autres symptômes de l'affection générale. Quant à son *traitement*, il ne présente pas d'indication spéciale, et se confond avec celui de la pellagre elle-même.

7° Cancer

(*Folie cancéreuse*)

Les travaux sur la *folie liée au Cancer* sont assez rares, et la question est assez obscure, en raison surtout de la confusion qu'on a fait de ses divers éléments, savoir : l'influence du cancer sur le développement de la folie, et l'influence du cancer sur la marche d'une folie préexistante.

Les cas de folie liée à une affection cancéreuse sont assez rares, si l'on en excepte les cancers du cerveau qui, eux, agissent par un mécanisme différent, à titre d'affection locale au moins autant que comme diathèse. Les cancers qui influent le plus sur le déve-

loppement de la folie sont le cancer de l'utérus et celui de l'estomac. Ce qui est hors de doute, c'est que le cancer ,chez la plupart des malades, détermine des *modifications du caractère*, de l'irritabilité, de la tristesse, du découragement, parfois aussi des idées de *suicide.*

Ce n'est que chez des prédisposés que peut survenir une *folie véritable.*

La folie liée au cancer est presque toujours la *mélancolie*, avec hallucinations, idées hypochondriaques ou de persécution. Comme dans la plupart des folies liées à des affections viscérales qui s'accompagnent de douleurs et de sensations morbides, la folie liée au cancer se fait remarquer surtout par ces interprétations délirantes de sensations réelles qu'on désigne sous le nom d'*illusions internes.* Les femmes malades se prétendent enceintes, violées ; elles ont des crapauds ou des serpents dans le ventre, etc, etc.

En dehors de cette particularité, la folie liée au cancer n'a pas de signes caractéristiques qui méritent d'être signalés.

Son *diagnostic* peut présenter souvent des difficultés, car elle ressemble de tout point à la véritable mélancolie, et le cancer reste souvent latent, comme bon nombre d'affections organiques chez les aliénés.

Quant à son *pronostic*, il est grave, car l'accès de mélancolie n'est jamais franchement aigu ; c'est un accès subaigu, ou plutôt un accès de mélancolie délirante à marche lente et progressive, qui peut aboutir à la démence, lorsque la mort ne survient pas par suite des progrès de la cachexie cancéreuse.

8° Syphilis

(*Folie syphilitique. Pseudo paralysie générale syphilitique.*)

La question des rapports de la syphilis et de l'aliénation mentale, peu connue autrefois, a surtout été étudiée dans ces dernières années. Jusqu'en 1880, les auteurs anglais, allemands et américains s'en sont à peu près seuls occupés. Depuis trois ans, sous l'impulsion provoquée par les leçons du professeur Fournier, elle a été l'objet d'un assez grand nombre de travaux en France. Au reste, les auteurs étrangers se sont placés de préférence au point de vue de la folie proprement dite dans ses rapports avec la syphilis, tandis que les auteurs français, depuis Fournier, ont particulièrement insisté sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis.

Ces deux questions, sur lesquelles l'accord est loin d'être fait encore, doivent être étudiées à part.

1° Folie liée a la syphilis. — Si l'on n'est point d'accord sur la question de savoir si la folie liée à la syphilis présente des caractères spéciaux, personne ne conteste que cette diathèse ne puisse être, dans certains cas, une cause active de folie.

La cause importante de cette manifestation est la prédisposition héréditaire à l'aliénation mentale. Les causes occasionnelles ont une influence restreinte, et quant au degré de gravité de la syphilis elle-même, elle influe si peu que ce sont les syphilis ordinaire-

ment bénignes ou moyennes qui paraissent fournir le le plus fort contingent à la folie.

Quoi qu'il en soit, et sans parler de l'état de dépression plus ou moins durable et des idées hypochondriaques ou de suicide plus ou moins marquées que peut déterminer la syphilis chez certains sujets, les accidents de véritable folie peuvent se manifester à deux moments principaux de la maladie : au moment de la *période d'éruption* pendant la fièvre secondaire, enfin, dans le cours de la *période tertiaire.*

A. *Folie liée à la période secondaire.* La folie liée à la période secondaire a été surtout étudiée par des étrangers et tout récemment encore par le docteur James Kiernam sous le nom de *psychose de la fièvre syphilitique secondaire.*

Elle apparaît à l'occasion d'accidents secondaires accompagnés de fièvre, principalement au moment de l'éruption cutanée. Son mécanisme est tout à fait différent de celui de la folie tardive, car ici, l'action locale sur le cerveau ne peut être invoquée, et la maladie agit surtout par son mouvement fébrile, à la façon d'une fièvre éruptive ou d'un empoisonnement aigu.

Aussi, Kiernam, tout en reconnaissant qu'au point de vue clinique, la psychose syphilitique ne méritait pas de former un groupe spécial, a-t-il établi que ses symptômes étaient analogues à ceux que déterminent l'alcool, les narcotiques et les fièvres essentielles.

L'accès est donc plus ou moins brusque, et il revêt la forme d'un *accès aigu* ou *subaigu* de *manie* ou de *mélancolie*, de préférence de *manie*, quelquefois de *folie à double forme.*

En général, il est de courte durée, disparaît avec les manifestations fébriles auxquelles il est lié, et cède facilement à un traitement spécifique, particulièrement aux onctions mercurielles.

B. — *Folie liée à la période tertiaire.* La *folie tardive* de la syphilis a été surtout mise en lumière par le professeur Fournier, sous le nom de *forme mentale* de la syphilis cérébrale. Elle est due, elle, non plus à une réaction fébrile générale, mais à l'action sur le cerveau d'une lésion spécifique plus ou moins circonscrite, à une gomme ou à une encéphalite hyperplastique séreuse.

Fournier a décrit deux formes principales à ce genre de folie : 1° la *forme dépressive*, plus fréquente, qui peut aller depuis le simple *affaissement intellectuel* et moral, jusqu'à la *mélancolie délirante* et même la *stupeur,* avec idées délirantes variables, souvent de persécution, et quelquefois tendance au suicide; 2° la *forme expansive*, qui peut aller, à son tour, depuis la simple *manie subaiguë* jusqu'à la *manie aiguë* avec excitation, incohérence, violence, etc.

Cela revient à dire que la folie tardive de la syphilis peut revêtir une variété quelconque de manie ou de mélancolie, depuis la plus légère jusqu'à la plus intense. Au reste, Fournier, tout le premier, s'est déclaré impuissant à distinguer la *manie syphilitique* de la *manie vulgaire*, à laquelle il l'a trouvée absolument semblable. Tout au plus lui a-t-il semblé que l'agitation était souvent moins vive dans la manie syphilitique que dans la manie simple.

Rien ne pourrait mieux établir le principe qui a

présidé à l'idée générale de ce livre, à savoir : *que toutes les folies liées à des états pathologiques quelconques n'étaient pas des folies spéciales, mais l'associatiou de la manie ou de la mélancolie vulgaires, sous toutes leurs formes, avec ces états morbides.*

Une particularité relative à la folie tardive de la syphilis, c'est que, presque toujours, il existe une certaine *obtusion* des facultés, qui peut aller, dans certains cas, jusqu'à un affaiblissement marqué de l'intelligence ; quelquefois même, l'état d'aliénation se borne purement et simplement à ce simple *affaiblissement des facultés.*

Le *pronostic* de la folie tardive est plus grave. L'accès guérit habituellement, mais il reste souvent un degré plus ou moins marqué d'*hébétude* intellectuelle.

Le *diagnostic*, difficile dans les cas où il n'existe pas de manifestations extérieures de syphilis concomitante, se tire surtout des antécédents, qu'il faut rechercher avec le plus grand soin, quelle qu'en soit la difficulté. Dans les cas douteux, on doit avoir recours au traitement spécifique, qui est une véritable pierre de touche.

C'est dire que la folie tardive de la syphilis est très accessible au *traitement spécifique*, qui doit essentiellement consister dans ce cas en frictions mercurielles et eniodure, c'est-à-dire dans le traitement mixte à assez hautes doses ; cinq grammes d'iodure de potassium et 10 à 20 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour.

2° PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE. PSEUDO-PARALY-

SIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE. — Les premiers auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale ont tous admis que les affections syphilitiques étaient une des causes principales de la maladie, et actuellement encore, le professeur Kjelberg, comme Esmarck et Yessen l'avaient fait il y a vingt ans, attribue à la syphilis la presque totalité et même la totalité des cas de paralysie générale.

Ces idées étaient admises à peu près sans conteste lorsque M. Fournier, dans ses leçons cliniques, a soutenu cette opinion que la syphilis pouvait aboutir à la paralysie générale, mais pas d'une façon assez commune pour attester un rapport de causalité. Il a surtout déclaré que la syphilis réalisait assez fréquemment un ensemble pathologique plus ou moins analogue à celui de la paralysie générale, et il l'a désigné sous le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique.*

En résumé donc, pour M. Fournier, la syphilis serait une cause assez rare de paralysie générale vraie, tandis qu'elle produirait au contraire fréquemment un état semblable mais en différant par plusieurs particularités, et notamment par sa curabilité. Cet état serait analogue, mais non identique à la paralysie générale.

Les idées de M. Fournier avaient posé un problème intéressant. Aussi, depuis ce moment, la question de la pseudo-paralysie générale syphilitique a-t-elle été l'objet d'intéressants travaux, notamment de la part de MM. Baillarger, Rendu, Foville et Christian.

M. Foville admet, en principe, l'existence de la pseudo-paralysie générale syphilitique, mais il réserve

ce nom aux cas où les symptômes ayant été absolument identiques, les lésions anatomiques sont différentes, et non comme M. Fournier, aux cas qui, absolument identiques comme lésions, présentent un ensemble symptomatique à peu près analogue, mais avec quelques différences cliniques que M. Foville n'admet pas comme suffisantes ni caractéristiques.

Quant à Lasègue, il a contesté que la paralysie générale syphilitique fût une véritable paralysie générale. De même qu'il existe une épilepsie type, l'*épilepsia vera*, présentant des symptômes toujours les mêmes, et des *états épileptoïdes*, dans lesquels font défaut un ou plusieurs symptomes de l'épilepsie type, de même il existe pour lui une *paralysie générale type* et des états qu'on pourrait appeler *paralysoïdes*. C'est dans ces derniers qu'on pourrait ranger ce qu'on appelle la paralysie générale syphilitique.

En somme, Lasègue admettait que la paralysie générale syphilitique n'était pas une paralysie générale vraie, mais un état paralysoïde, c'est-à-dire une pseudo-paralysie générale.

Tel est l'état de la question, et il est facile de voir que l'idée de la pseudo-paralysie générale syphilitique, avec de légéres variantes, en arrive à faire du chemin et à s'affirmer de plus en plus.

En somme, ce qui, dans l'état actuel des choses, paraît le plus probable, c'est que s'il n'est pas absolument démontré que la syphilis puisse produire de toutes pièces la paralysie générale vraie, classique, en l'absence de toute autre cause, il est avéré qu'elle détermine des états de *démence paralytique* dont l'en-

semble symptomatique se rapproche plus ou moins de celui de la paralysie générale.

Les différences consistent surtout dans la différence des *lésions* qui, dans la pseudo-paralysie générale syphilitique, seraient surtout constituées par des lésions spécifiques plus ou moins diffuses, mais plus encore dans la curabilité de cette dernière, très souvent et très rapidement obtenue par l'usage d'une médication mixte.

Quant aux symptômes intellectuels et physiques, ils ne présentent d'habitude aucune différence particulière, et la pseudo-paralysie générale peut revêtir, au point de vue mental, la *forme ambitieuse*, *mélancolique* ou *démente*; cette dernière serait peut-être la plus fréquente.

Il faut ajouter que, dans la pseudo-paralysie géné rale syphilitique, les phénomènes ne sont pas aussi lentement progressifs que dans la paralysie générale; au contraire, ils se manifestent très souvent d'emblée avec une grande intensité, et suivent, surtout s'ils sont combattus, une *marche régressive* ou *traînante*.

§ III. — Folies liées aux intoxications

(*Folies toxiques*: *Alcoolisme*, *Saturnisme*, *Morphinisme*.)

I. — ALCOOLISME

(*Ivresse. Folie alcoolique. Démence alcoolique. Pseudo-paralysie générale alcoolique*)

Le mot *alcoolisme*, créé en 1856 par Magnus Huss,

s'applique à l'ensemble des désordres que produit l'empoisonnement par les liqueurs alcooliques. Suivant que l'empoisonnement est brusque ou prolongé, l'alcoolisme est dit *aigu* ou *chronique*.

Les troubles psychiques de l'alcoolisme, les seuls dont nous ayons à nous occuper ici, peuvent se présenter soit dans l'*intoxication aiguë*, soit dans l'*intoxication chronique*. On les observe de préférence chez les sujets que leur hérédité, leur profession, leur état de débilitation prédisposent aux affections cérébrales ou vésaniques, et qui font un usage immodéré d'alcools de mauvaise nature ou de liqueur d'absinthe (absinthisme).

La plupart des états d'aliénation mentale peuvent se rencontrer dans l'alcoolisme, depuis l'*ivresse*, perte incomplète et momentanée de la raison, jusqu'à la *démence simple* et la *démence paralytique*. Les plus fréquents, toutefois, sont les *folies aiguës généralisées, maniaques* ou *mélancoliques*. A chacun de ces états d'aliénation, l'alcoolisme imprime quelques caractères spéciaux plus ou moins saillants, qui nous obligent à les passer rapidement en revue. Nous décrirons donc successivement : 1° l'*ivresse*; 2° les *folies alcooliques aiguës* (maniaques ou mélancoliques) avec leurs variétés *subaiguë* et *suraiguë*; 3° la *démence alcoolique simple;* 4° la *pseudo-paralysie générale alcoolique*.

1° Ivresse

L'ivresse comprend trois périodes distinctes. La première est la *période d'excitation*; elle est caractérisée par l'animation du visage et du regard,

un accroissement du pouls, de la transpiration, de l'excrétion urinaire, mais surtout par un sentiment général de bien-être, avec loquacité et tendances expansives. Ceux qui ont, comme on le dit, le *vin gai* sont à ce moment étourdissants de verve, d'entrain, de gaieté, de mouvement; ceux qui ont le *vin triste* sont déprimés, font la confidence de leurs malheurs, pleurent et se lamentent sans aucun motif; certains deviennent bienveillants, tendres, affectueux, très portés à l'érotisme; d'autres se montrent irascibles, se fâchent pour un rien et ont une tendance marquée à se quereller et à se battre. A ce degré, l'homme ivre possède encore une demi conscience, et la faculté de se contenir, au moins dans une certaine mesure. Mais déjà il existe chez lui une sorte d'anesthésie morale, il ne s'étonne plus de rien.

La *deuxième période* ou *période ébrieuse* se caractérise par des troubles plus marqués. Il n'y a plus seulement *exaltation*, mais encore *perturbation* de l'intelligence; les idées sont confuses, sans suite, mobiles à l'excès; le langage est incohérent, décousu ; la langue est épaisse, la parole embarrassée, l'impuissance génitale ordinairement complète, la marche vacillante, et la sensibilité très obtuse. En même temps, il existe des troubles sensoriels tels que confusion de la vue, diplopie, tintouin, illusions du goût et de la sensibilité générale, et, quelquefois, un *délire véritable* avec *impulsions*.

La *troisième période* est la *période comateuse*. Elle se caractérise par un sommeil long et profond, accompagné de sueurs profuses, pendant lequel l'indi-

vidu est anéanti, inerte et complètement inconscient. Au réveil, il existe des malaises généraux plus ou moins accusés un sentiment de lassitude pénible, une soif fébrile, une sécheresse très grande de la bouche et surtout une migraine violente.

A côté de cette *ivresse simple*, comme on l'appelle, il en existe d'autres formes plus graves, notamment l'*ivresse convulsive*, décrite par Percy, et l'*ivresse amnésique*.

2° Folie alcoolique aiguë

La folie alcoolique peut se présenter, soit sous la *forme maniaque*, soit sous la *forme mélancolique*.

Au point de vue de son intensité, elle affecte trois degrés différents : a. — l'*accès subaigu* ; b. — l'*accès aigu proprement dit* ; c. — l'*accès suraigu*. Quel que soit le degré d'intensité qu'il affecte, l'accès de folie alcoolique est susceptible de survenir soit dans l'alcoolisme aigu, à la suite d'une intoxication brusque et passagère, soit à un moment quelconque dans le cours de l'empoisonnement chronique. Son apparition peut succéder à de copieux excès (delirium a potu nimio), comme, au contraire , à la suppression de l'excitant habituel (délirium a potu suspenso). Il est très fréquent, également de voir l'accès de folie survenir brusquement à la suite d'un choc moral, ou physique (traumatisme moral ou physique), surtout d'une maladie intercurrente. C'est ainsi que se développe le délire alcoolique dans la pneumonie, par exemple, ou à la suite des opérations chirurgicales (délire nerveux des blessés.) Un rien suffit donc, chez des individus sourdement in

toxiqués et saturés d'alcool, pour *éveiller* ou *réveiller* les troubles cérébraux.

A. Folie subaigue. — La forme de folie la plus fréquente dans l'alcoolisme, est la folie subaiguë qui traverse le plus souvent, comme un épisode passager, le cours de l'empoisonnement chronique. Elle se manifeste presque constamment sous la *forme mélancolique*.

L'accès débute, en général, par l'*altération du sommeil*, qui devient pénible, et troublé par des rêves. Lasègue, dont nous allons reproduire, en la résumant, l'étude récente, a dit qu'avant de délirer, l'alcoolique commence toujours par mal dormir, et que son délire n'est qu'un *rêve éveillé ou de jour*, qui fait suite au *rêve endormi ou de nuit*, et le continue non seulement au point de *vue psychique* mais aussi *chronologique*. Les rêves des alcooliqnes sont surtout des *rêves d'action*, ayant trait aux choses de la profession, aux événements du moment, à des péripéties dramatiques, et dans lesquels les *hallucinations de la vue* jouent le principal rôle. Il arrive un moment où ces rêves se prolongent pendant le jour, et c'est cette continuation du rêve pendant la veille qui constitue le *dé lire alcoolique*. Ce réveil douloureux résulte ou d'un excès d'agitation rompant comme le cauchemar poussé aux extrêmes la possibilité de dormir, ou d'une excitation extérieure ou d'un incident quelconque. Le passage du délire dormant au délire éveillé s'opère sans transition ; la folie ne suit pas le rêve à distance, elle en devient le maximum. Les choses se passent de

même en ce qui concerne la nature des divagations, c'est-à-dire que le délire continue les idées écloses pendant le rêve. Ce sont les mêmes tableaux fantastiques, les mêmes épisodes poignants, les mêmes aventures baroques ou sinistres, les mêmes scènes tumultueuses et mouvementées. Dans le délire alcoolique comme dans le rêve, les *hallucinations visuelles* qui revêtent d'ordinaire le caractère terrifiant et consistent surtout en visions d'animaux, jouent un rôle capital et existent à l'exclusion à peu près complète de toute autre. En effet, les *hallucinations auditives* s'y réduisent en général, aux impressions les plus confuses, à des bruits de pas ou de coups, à des cris étouffés, à quelques phrases interjectives. D'autre part, à l'égal de tout rêveur, l'alcoolique est en mouvement incessant, physique et moral, pendantsa crise. Ses récits sont longs, mais composés de phrases saccadées, sans lien logique. Des faits et pas de réflexions, encore moins d'étonnement et de critique. Ce qui se passe se passe et voilà tout. Un dernier caractère, commun au rêve et au délire alcoolique, c'est la possibilité qu'ont ces deux états de se suspendre brusquement et passagèrement sous l'influence de se cousses imprimées au dormeur ou au malade et accompagnées d'objurgations excitantes.

C'est en se basant snr toutes ces particularités que Lasègue a pu dire que le *délire alcoolique subaigu n'était pas un délire, mais un rêve.*

A ces symptômes psychiques auxquels il faut ajouter la tendance *au suicide*, qui est assez fréquente, viennent se joindre les symptômes physiques habi-

tuels de l'alcoolisme, tels que *tremblement généralisé*, *crampes*, *fourmillements*, *troubles dyspeptiques* etc. etc.

L'accès subaigu de folie alcoolique présente une *durée* variable, mais en général assez courte, au moins quand le malade cesse de boire. Il est rare alors qu'au bout de cinq à six jours il ne présente une amélioration notable, peu à peu son rêve cesse, et il revient à la réalité. De même que la perte du sommeil avait marqué le début de l'accès, de même son retour en marque la terminaison.

b. Folie aiguë. — La *folie alcoolique aiguë* survient dans les mêmes conditions que l'accès subaigu et elle se manifeste tantôt *sous la forme mélancolique*, tantôt, et plus fréquemment sous *la forme maniaque*.

La forme mélancolique ne diffère de l'accès subaigu que par un degré plus élevé d'intensité. Elle est précédée de prodrômes tels que sentiment de malaise, oppression, embarras gastrique, céphalalgie; l'*insomnie* est plus complète, les *hallucinations* plus terrifiantes, la frayeur devient une véritable *panophobie*, et les malades qui se croient entourés d'ennemis, d'animaux féroces, de flammes, de cadavres, fuient épouvantés et sont en proie à une terreur indicible. De plus, il se joint à cet état un *véritable délire* qui roule le plus souvent sur des idées hypochondriaques et surtout de persécution. L'alcoolique se croit plein de vers, pourri, sans estomac, sans tête, il est mort ; on se moque de lui, sa femme le trompe, on cherche à l'empoisonner, des gens à mine suspecte le suivent dans les rues, on veut se débarrasser de lui,

on l'accuse de vol, d'assassinat, de pédérastie, on monte chez lui pour l'arrêter, le fusiller, etc., etc. C'est dans cette forme, et lorsqu'il existe des idées de persécution pareilles qu'on peut constater, chez les malades, des *hallucinations de l'ouïe* plus ou moins parfaites. La *tendance au suicide* est à peu près constante, et le plus souvent elle se manifeste sous forme d'une tentative subite et non préméditée. Il s'y joint, comme dans tous les accès d'alcoolisme, un *tremblement* très marqué des extrémités, des *crampes*, des *fourmillements*, de l'*anesthésie* ou de l'*hypéresthésis partielles*, diverses *hallucinations du goût* et de l'*odorat*, enfin des *troubles gastriques* plus ou moins accentués.

La forme maniaque n'est autre que ce qu'on désigne communément sous le nom de délirium tremens. Elle débute par de l'insomnie, de l'incohérence dans le idées et des phénomènes généraux divers. Bientôt l'*excitation* apparaît, et elle s'accroit rapidement. La face est rouge, vultueuse, congestionnée, les yeux brillants, le pouls fréquent, la température élevée, la peau brûlante et couverte de sueur, la soif très vive. Les *hallucinations* et surtout les *illusions* surviennent; les malades croient reconnaître ceux qui les entourent, ils prennent une fenêtre pour une porte, un objet pour un animal, un meuble pour une personne, ils trouvent une odeur et un goût tout autres aux choses qu'ils mangent et qu'ils boivent, enfin ils ont des visions fantastiques, surtout d'animaux, mais ces visions sont moins terrifiantes que dans la forme mélancolique, et elles consistent assez fréquemment en scènes lubriques et en tableaux obscènes qui se

déroulent aux yeux du malade. En peu de temps, l'*agitation* est à son comble, l'alcoolique crie, vocifère, marche et court sans s'arrêter.

Le *tremblement* est tellement intense et tellement généralisé qu'il a donné son nom à cette variété de folie alcoolique. Le corps tout entier est en vibration, et il est facile de s'en assurer en plaçant les mains sur les épaules du malade. Les mains et les bras sont agités d'un mouvement étendu, incoercible; la tête toute entière oscille ostensiblement, la langue est tellement tremblante qu'elle est tirée convulsivement hors de la bouche; enfin le tremblement peut s'étendre parfois aux lèvres et aux muscles vocaux de façon à déterminer un certain embarras de la parole. De même il peut exister une *inégalité* apparente des *pupilles*, assez fréquente, comme on le sait, dans l'alcoolisme chronique.

Notons enfin divers troubles plus ou moins constants, tels que l'existence *de sueurs profuses,* l'*accélération du pouls*, les *accès épileptiformes*, enfin les troubles habituels de l'intoxication alcoolique dans les fonctions organiques. Quant à la *température*, elle n'est pas sensiblement modifiée, et serait plutôt diminuée qu'augmentée, surtout à la périphérie.

La *guérison* est la terminaison habituelle de l'accès de folie alcoolique aiguë et elle se produit assez rapidement dans l'espace de huit à quinze jours, sous l'influence de la seule suppression de l'excitant habituel; elle se manifeste par le retour du sommeil et la diminution progressive des symptômes de l'accès.

c. Folie suraiguë. — Dans la folie alcoolique suraiguë, l'accès atteint son degré d'acuité le plus élevé. Dans la *forme mélancolique*, il survient un véritable état de *stupeur*. Immobiles, hébétés, incapables de répondre et d'agir, le visage terrifié, les yeux hagards, les malades sont plongés dans la prostration la plus profonde ; ils paraissent assister à des spectacles horribles dont la vue les terrifie, et ils ne sortent de cet anéantissement que pour exécuter brusquement quelque tentative de *suicide*. C'est surtout dans cette forme qu'ils ne conservent qu'une idée extrêmement vague de tout ce qui s'est passé dans leur accès, et que tout ce qu'ils ont vu, entendu ou fait, même leurs tentatives de suicide, leur apparait comme un rêve confus et éloigné. Cependant cet accès de stupeur guérit habituellement, et disparaît, mais avec une certaine lenteur et laisse souvent à sa suite des troubles divers, notamment de l'*hébétude* et de l'*obtusion* intellectuelle.

Dans *la forme maniaque*, l'agitation atteint son maximum, et elle offre tous les caractères du *délire aigu*, dont elle porte du reste le nom (délire aigu alcoolique). Tout à fait analogue au délire aigu simple, l'accès présente, comme lui, une élévation de température qui peut aller jusqu'à 40, 41 degrés et même plus, (*delirium tremens fébrile*) des symptômes typhiques, des sueurs profuses, des fuliginosités, des soubresauts des tendons, de la petitesse du pouls, des convulsions, de l'adynamie, etc. Comme lui aussi, il se termine habituellement par la *mort*, qui a lieu soit subitement, à la suite d'une syncope, soit dans le coma.

Les *lésions* cérébrales que l'on rencontre le plus fréquemment dans les accès aigus de folie alcoolique, en dehors des lésions habituelles de l'alcoolisme chronique, telles que l'athérôme artériel et la dégénérescence graisseuse des vaisseaux, sont la *pachyméningite hémorrhagique*, l'épaississement des méninges, et leur infiltration par la sérosité, les suffusions sanguines, l'adhérence des méninges à la couche corticale, la coloration plus ou moins marquée de la substance grise, le pointillé de la substance blanche, l'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux, enfin des foyers hémorrhagiques siégeant dans divers points et surtout dans le territoire de l'artère sylvienne du côté gauche.

Le *diagnostic*, en général facile, peut présenter des difficultés, dans le cas, par exemple, où il s'agit d'un accès aigu à forme mélancolique et avec idées de persécution. Nous avons vu que ces cas étaient fréquemment pris pour des cas de *délire de persécution* au début, et réciproquement. Cependant, ici les idées de persécution sont plus confuses, plus terrifiantes, et elles s'accompagnent d'une *panophobie* qui n'existe pas dans la folie partielle.

Quant à la *stupeur* et au *délire aigu* alcooliques, ils ne diffèrent de la *stupeur* et du *délire aigu simple* que par leur origine et les caractères concomitants de l'intoxication alcoolique.

Le *traitement* de la folie alcoolique aiguë, se confond avec le traitement ordinaire de l'alcoolisme, et, comme lui, il consiste essentiellement dans la suppression de l'excitant habituel. Cependant, dans cer-

tains cas, il est nécessaire de n'arriver que lentement et par transitions à cette suppression, et de sevrer peu à peu le malade d'alcool, en diminuant chaque jour la dose. L'insomnie étant le trouble le plus constant de l'alcoolisme, l'indication capitale consiste à rétablir le sommeil ; c'est pour ce motif que les calmants et en particulier le *chloral* sont les agents thérapeutiques dont l'usage réussit le mieux, surtout dans les formes excitées. On a aussi vanté récemment la *strychnine* contre les accidents de l'alcoolisme aigu.

3° Démence alcoolique.

Lorsque l'alcoolisme chronique a duré un certain temps, il détermine à la longue une *déchéance* progressive de l'individu, tant au point de vue intellectuel et moral, qu'au point de vue physique. Dans cette dernière sphère, le tremblement, la dyspnée, l'aphonie, les convulsions épileptiformes, l'empâtement de la langue, l'affaiblissement musculaire, l'anesthésie et l'hypéresthésie, les troubles oculo-pupillaires, la dégénérescence graisseuse, la perte de l'appétit, les vomissements bilieux, les troubles circulatoires, la congestion du foie, etc., etc., sont les plus importants de tous les symptômes.

Quant à l'*affaiblissement intellectuel*, il survient lentement, et se manifeste, comme tous les états de démence par la diminution progressive de la mémoire, des facultés, ainsi que par l'indifférence et la perte des sentiments et des affections. Ce qui caractérise plus particulièrement cette démence, c'est l'*insomnie*

presque constante qui l'accompagne, et les *hallucinations* plus ou moins marquées qui peuvent la compliquer, soit d'une façon continue, soit plutôt d'une façon intermittente.

De dégradation en dégradation les malades en arrivent à l'*état gâteux* et finissent dans le *marasme,* emportés le plus souvent par une *attaque apoplectique.* Dans certains cas, ils rappellent de plus ou moins près l'aspect de la *démence paralytique* au point que le diagnostic en est rendu parfois difficile Le tremblement, les hallucinations, le caractère de l'embarras de la parole, enfin la coexistence de tous les autres signes de la cachexie alcoolique, permettent cependant en général, de différencier ces deux états de démence.

A l'autopsie, on constate les *lésions* de l'alcoolisme que nous avons signalées à propos de la folie aiguë, auxquelles vient se joindre parfois une *atrophie* plus ou moins marquée du cerveau.

4° — Paralysie générale alcoolique. Pseudo-paralysie générale alcoolique

Jusqu'à ces dernières années, l'alcoolisme avait été considéré comme une des causes les plus importantes de la paralysie générale. Nasse, en 1870, appela l'attention sur des cas d'alcoolisme offrant tous les symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale, mais en différant surtout par leur curabilité sous l'influence du repos et de la privation des boissons alcooliques. Après Hoffmann qui les avait appelés PSEUDO-PARALYSIE, il proposa

de les désigner sous le nom de *pseudo paralysie potu*. Le travail et les idées de l'auteur allemand passèrent un peu inaperçus, et on continua à ne faire aucune différence entre la *paralysie générale alcoolique* et la *paralysie générale ordinaire*, ou plutôt à admettre l'influence prépondérante de l'alcoolisme sur la production de cette affection.

M. Moreaux, en **1881**, sans en revenir complètement à l'idée de Nasse, s'est attaché à démontrer que la paralysie générale alcoolique présente une marche toute particulière, caractérisée par la fréquence et la netteté des *rémissions*. Toutefois, cette différence, quoique très importante, ne lui paraît pas suffisante, à elle seule, pour prouver qu'il n'existe réellement pas de paralysie générale alcoolique. Ayant déjà étudié, l'année précédente, les rapports de l'encéphalopathie saturnine et de la paralysie générale progressive, et ayant démontré, contrairement à l'opinion généralement admise, que le saturnisme déterminait le plus souvent non pas une véritable paralysie générale, mais une pseudo-paralysie générale essentiellement curable, je fus frappé, à ce moment, de l'analogie qui existait entre les cas considérés comme paralysie générale alcoolique, et ceux que j'avais étudiés sous le nom de pseudo-paralysie générale saturnine. Aussi fus-je porté à reprendre complètement l'idée de Nasse, et à admettre l'existence d'une *pseudo-paralysie générale alcoolique*, au sujet de laquelle je publiai quelques considérations qui furent reproduites et développées bientôt dans la thèse de M. Lacaille.

Depuis ce moment, un certain nombre de cas ont

été publiés, et plusieurs auteurs ont admis la *pseudo-paralysie générale alcoolique*. Parmi ceux-ci, il faut citer surtout M. le professeur Ball, qui, en traitant dans une de ses leçons cliniques la question de la pseudo-paralysie générale alcoolique, en a, pour ainsi dire, consacré officiellement l'existence.

En somme, il s'est produit, à l'égard de la paralysie générale alcoolique, ce qui s'est produit à l'égard de la paralysie générale syphilitique et de la paralysie générale saturnine, c'est-à-dire que, sous l'influence d'un mouvement scientifique non encore achevé, mais impossible à nier, on tend à admettre à l'heure actuelle — comme je l'ai dit autre part — « que les causes considérées jusqu'à ce jour comme les facteurs étiologiques les plus importants de la paralysie générale (alcoolisme, saturnisme, syphilis, etc., etc.), n'ont en réalité qu'une action des plus secondaires sur le développement de cette maladie cérébrale. Ce n'est point, le plus souvent, la paralysie générale qu'elles déterminent, la paralysie générale classique à évolution progressive et à terminaison forcément fatale, mais un état cérébral qui, tout en présentant le complexus symptomatique de cette affection, sa physionomie intellectuelle et somatique, a une marche, des allures et un dénouement bien différents, à ce point qu'on est forcé de convenir qu'il ne s'agit plus là de la véritable paralysie générale, mais bien d'une *pseudo-paralysie générale*. Quant à la paralysie générale vraie, ses causes réelles nous échappent et son étiologie est des plus obscures. »

Les pseudo-paralysies générales, syphilitique, sa-

turnine, alcoolique, ont des caractères communs, et les deux dernières, notamment, présentent exactement la même physionomie clinique. Elles diffèrent surtout de la véritable paralysie générale en ce qu'elles sont *essentiellement curables*, ou tout au moins *susceptibles d'amélioration* sous l'influence d'un traitement approprié.

Au point de vue *symptomatique*, leur analogie avec la véritable paralysie générale est à peu près complète, et elle ne s'en écarte que par quelques particularités sans importance bien réelle.

Les caractères spéciaux à la paralysie générale alcoolique sont les suivants, ainsi qu'il résulte de mes propres observations et du travail de M. Lacaille :

La pseudo-paralysie générale alcoolique survient, constamment, chez des *cérébraux alcooliques avérés*, ce qui n'a pas lieu, d'ordinaire, pour la véritable paralysie générale. Elle débute, chez eux, de deux façons différentes. Dans certains cas, elle est annoncée et précédée par des *attaques apoplectiformes* et surtout *épileptiformes*, qui diffèrent, par certains caractères, de celles qu'on peut observer au début de la paralysie générale. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, la pseudo-paralysie est consécutive à un *accès subaigu d'alcoolisme*. C'est dans le cours de cet accès et à l'occasion des actes déraisonnables qu'il détermine, que les malades sont le plus souvent séquestrés, mais, chose remarquable, ils ne présentent encore, à ce moment, aucun des symptômes de la paralysie générale, et ceux-ci n'apparaissent qu'au moment où l'accès subaigu s'efface, lorsqu'il est déjà

en pleine voie de disparition. Dans tous les cas, — et c'est là un point important à noter, — au lieu d'être *insensiblement progressifs*, comme dans la vraie paralysie générale, les symptômes, dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, *atteignent d'emblée leur plus grande intensité.*

Syptomatiquement la pseudo-paralysie générale alcoolique diffère de la paralysie générale de deux façons : 1° elle possède des symptômes qui lui sont propres ; 2° les symptômes qui lui sont communs avec la paralysie générale présentent, chez elle, quelques caractères spéciaux.

Les symptômes qui lui sont propres ne sont autres que ceux qui appartiennent à l'alcoolisme chronique et qui sont trop connus pour que nous les rappelions ici. Ajoutons que les accidents paralytiques locaux, tels que l'*hémiplégie permanente*, *l'aphasie*, y sont plus fréquents, et surtout plus persistants que dans la paralysie générale vraie.

Quant aux différences qu'elle présente dans les symptômes communs, en voici les principales :

Contrairement à ce qui a lieu dans la paralysie générale vraie, l'*inégalité pupillaire* ne fait presque jamais défaut dans la pseudo-paralysie générale alcoolique. De plus, chez elle, les pupilles sont constamment très paresseuses, et dans certains cas même complètement immobiles, surtout celle qui est la plus dilatée. De plus, l'ouverture pupillaire y est très souvent déformée, ovalaire, déchiquetée sur ses bords ; la coloration de la pupille perd de son éclat et de sa transparence ; elle est le plus souvent nuageuse et terne ;

enfin, l'acuité visuelle est ordinairement diminuée. Ces dernières particularités sont exceptionnelles dans la paralysie générale.

Du *côté intellectuel*, en dehors des manifestations délirantes et hallucinatoires qui signalent habituellement le début de leur maladie, et qui peuvent d'ailleurs, réapparaître à un moment quelconque de son cours sous l'influence de causes diverses, les pseudo-paralytiques se caractérisent surtout, non pas par un affaiblisssement progressif de l'intelligence, comme cela a lieu dans la paralysie générale, mais par une *fausse démence*, une *obtusion* intellectuelle et une *hébétude* quelquefois poussées à l'extrême, par un véritable *abrutissement*.

Mais ce qui caractérise plus particulièrement la pseudo-paralysie générale alcoolique, c'est sa *marche*. Tandis, en effet, que dans la paralysie générale vraie, qui pour cette raison a été appelée *progressive*, les symptômes s'accentuent de plus en plus pour aboutir à peu près constamment à un dénouement fatal, dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, au contraire, la marche des symptômes est *régressive*, c'est-à-dire que, pour si marqués qu'ils soient au début, ils diminuent de plus en plus et s'effacent même complètement, après un temps quelquefois très court. Chose remarquable, d'ailleurs, la disparition des symptômes se fait suivant un ordre tout différent de celui que l'on observe dans les cas de rémission de paralysie générale. Tandis, en effet, que dans les rémissions de la paralysie générale, l'inégalité des pupilles est un des premiers symptômes qui s'effacent, alors que l'em-

barras de la parole persiste toujours à un degré plus ou moins marqué, dans la pseudo-paralysie générale, au contraire, l'*inégalité des pupilles* est de tous les symptômes le plus fixe et le plus durable, tandis que l'*embarras de la parole* diminue dès le début de l'amélioration.

En somme, au point de vue du *pronostic*, on peut dire que la paralysie générale ne guérit jamais ou exceptionnellement, tandis que la pseudo-paralysie générale *guérit*, au contraire, *habituellement*. Il est même fréquent de voir la pseudo-paralysie générale alcoolique se reproduire plusieurs fois à la suite de nouveaux excès de boisson, et guérir à chaque récidive, jusqu'à ce qu'enfin, le malade tombe dans la *démence alcoolique*, ou meure, emporté par une attaque d'apoplexie. M. Ball et moi avons rapporté l'observation d'un malade guéri *seize fois en treize ans*, de pseudo-paralysie générale alcoolique.

Quant aux *lésions* de la pseudo-paralysie générale alcoolique, le seul fait de la possibilité qu'a la maladie de se reproduire et de disparaître plusieurs fois, prouve assez, *à priori*, qu'elles sont purement *fonctionnelles*. J'ai en effet publié le cas d'un pseudo-paralytique alcoolique mort accidentellement, chez lequel on ne trouva, à l'autopsie, aucune des lésions habituelles de la paralysie générale. Les altérations que l'on rencontre ordinairement dans le cerveau, sont les altérations de l'alcoolisme chronique que nous avons signalées plus haut, surtout l'athérôme des artères cérébrales, et des lésions circonscrites, telles que la *pachyméningite hémorrhagique*.

Le *traitement* de la pseudo-paralysie générale alcoolique ne présente rien d'absolument spécial. Il consiste à aider la tendance à la guérison par la privation de l'excitant habituel et une médication appropriée, et surtout à tâcher de prévenir par des moyens moraux, hygiéniques et pharmaceutiques, des récidives si fréquentes dans ces cas. C'est surtout dans ce but et pour ces malades que les asiles pour les ivrognes, moitié hôpitaux, moitié maisons de famille, comme il en existe en Angleterre, pourraient rendre de véritables services.

II. — SATURNISME

(*Folie saturnine. Démence saturnine. Pseudo-paralysie générale saturnine.*)

La *Saturnisme* est le résultat de l'empoisonnement par le plomb, comme l'alcoolisme est le résultat de l'empoisonnement par l'alcool. Mais tandis que les troubles intellectuels liés à l'alcoolisme ont été l'objet de nombreux et intéressants travaux, on s'est fort peu occupé de la *folie saturnine*, probablement parce qu'elle est plus rare, et qu'on a moins souvent l'occasion de l'observer. En dehors en effet des rapports du saturnisme et de la paralysie générale, dont l'étude a été abordée par plusieurs auteurs, on en est encore, relativement au délire causé par le plomb, aux vagues indications laissées par Tanquerel des Planches et Grisolle.

S'il est vrai de dire que toutes les folies toxiques présentent ensemble les plus grandes analogies, il faut reconnaître que cette analogie ne saurait être poussée plus loin qu'en ce qui concerne les troubles intellectuels liés à l'alcoolisme et ceux liés au saturnisme. C'est à ce point que des erreurs sont souvent commises. Lorsque les saturnins arrivent dans les asiles d'aliénés en proie à des cauchemars, à des hallucinations terrifiantes, à des idées de persécution doublées d'un tremblement très prononcé des membres, le médecin, habitué à regarder ces phénomènes morbides comme pathognomoniques, n'hésite pas à les considérer dès l'abord comme soumis à l'action simultanée de l'alcool et du plomb. Aussi, la rédaction ordinaire des certificats médicaux en pareille circonstance est-elle la suivante : « Délire alcoolique et saturnin ». Il y a là une confusion qu'il importe de signaler, car souvent ces malades n'ont commis aucun excès de boisson, et tous les symptômes qu'ils présentent sont imputables à l'intoxication saturnine.

Ceci nous dispense d'entrer dans de longs détails au sujet des troubles intellectuels liés au saturnisme qui se prêtent à la même division et à la même description que les désordres intellectuels liés à l'alcoolisme.

Il existe donc : 1° *une folie saturnine aiguë*, maniaque ou mélancolique, avec ses variétés subaiguë et suraiguë ; 2° *une démence saturnine;* 3° *une pseudo-paralysie générale saturnine*. A la rigueur même, on pourrait admettre une forme plus légère encore,

l'*ivresse* du plomb, plus ou moins analogue à l'ivresse alcoolique.

1° Folie saturnine

a. Folie subaiguë. — L'*accès subaigu* de folie, dans le saturnisme, est plus rare que l'accès aigu, contrairement à ce qui a lieu dans l'alcoolisme. Au reste, comme dans ce dernier, l'accès subaigu revêt presque toujours la *forme mélancolique*, et se caractérise par les mêmes symptômes, surtoutpar l'insomnie, les hallucinations terrifiantes de la vue, les cauchemars, la tendance au suicide, le tremblement généralisé etc. La seule différence consiste dans la coexistence des stigmates habituels de l'intoxication saturnine, et notamment du liseré de Burton, qui permettent d'établir le diagnostic. Encore ce diagnostic est-il rendu des plus difficiles lorsque le malade, ce qui arrive assez fréquemment, est à la fois imprégné de plomb et d'alcool.

b. Folie aiguë. — La *folie saturnine aiguë* se manifeste à peu près constamment *sous la forme maniaque.* Le plus souvent elle s'annonçe par des prodromes tels que céphalalgie, tristesse, somnolence, accélération du poul, vertiges, tremblement, et, dans certains cas, albuminurie. D'autres fois, le début de l'accès est brusque. Comme l'accès alcoolique, il peut survenir soit àla suite d'une intoxication rapide et brusque, soit consécutivement à la suppression du poison habituel, quelquefois enfin sous l'influence d'un traumatisme physique ou moral.

Quoi qu'il en soit, le premier symptôme est le *trouble*

du sommeil, qui devient agité, rempli de rêves. Peu à peu l'*excitation* apparaît, s'accroît le délire survient accompagné d'*illusions* et d'*hallucinations* de la vue plus ou moins terrifiantes ; un *tremblement* des plus considérables se manifeste ; le malade est rouge, vultueux, aminci, il pousse des cris, se porte à des violences, profère des obscénités, en un mot, il offre d'une façon absolue le tableau de l'alcoolique atteint d'un accès aigu de folie.

La *durée* de cet accès est habituellement courte, et ne s'étend guère au delà d'une ou deux semaines ; la *guérison* est la terminaison la plus fréquente, et elle se manifeste par le retour du sommeil et la disparition progressive des symptômes. Parfois, cependant, le malade peut mourir subitement pendant sa crise.

c. Folie suraiguë. — *La folie suraiguë*, dans l'intoxication saturnine, est un peu plus rare, et, lorsqu'elle existe, elle se présente presque toujours *sous forme melancolique* c'est-à-dire à l'état de *stupeur*. Comme dans la variété correspondante de folie alcoolique, les malades sont hébétés, immobiles, dans une attitude de fixité et d'anéantissement complet, et dont ils ne sortent que pour accomplir quelque tentative de suicide. Cette forme est grave, et lorsqu'elle n'entraine pas la mort elle laisse constamment après elle une obtusion de l'intelligence qui peut persister plus ou moins longtemps.

Les *lésions* trouvées à l'autopsie ne rendent généralement pas compte des symptômes observés. Tout au plus constate-t-on, dans certains cas, une anémie du

cerveau, avec un œdème plus ou moins marqué. Il est rare qu'on puisse, surtout dans l'intoxication aiguë, découvrir des traces de plomb dans le cerveau.

2° Démence saturnine.

De même que l'empoisonnement alcoolique longtemps prolongé peut amener, à la longue, une *déchéance* physique et morale progressive, de même l'empoisonnement lent par le plomb peut amener une dégradation analogue, traversée ou non, comme dans l'alcoolisme, par des épisodes délirants ou convulsifs plus ou moins aigus. Il est à remarquer que, dans le saturnisme chronique, la démence est précoce et plus profonde, la cachexie plus marquée, les paralysies locales et les convulsions épileptiques ou éclamptiques plus fréquentes, le marasme et l'état gâteux plus rapides, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long, les malades meurent soit par les progrès de la cachexie physique, soit plutôt emportés par une attaque convulsive.

Il est habituel, dans cette forme, de rencontrer des altérations plus évidentes, telles que ramollissement du cerveau, atrophie cérébrale, présence du plomb dans les centres nerveux, etc.

3° Pseudo-paralysie générale saturnine

Tanquerel des Planches avait déjà signalé l'embarras de la parole dans l'encéphalopathie saturnine, mais ce n'est qu'en 1851 que M. Delasiauve admit que certaines formes de cette encéphalopathie pouvaient se

rapprocher assez de la paralysie générale pour simuler cette affection d'où le nom de *pseudo-paralysie générale saturnine* qu'il leur donna. Toutefois, un an plus tard, M. Delasiauve parut modifier son idée et accepta l'existence d'une véritable paralysie générale saturnine.

En 1857, parut le travail de M. Devouges, qui sanctionna l'existence d'une paralysie générale saturnine, *identique* à la paralysie générale ordinaire.

Depuis cette époque, la question ne fit pas un pas, et à part quelques rares observations publiées, on se borna à admettre les idées de M. Devouges.

Frappé de plusieurs cas de guérison surprenante de paralysie générale saturnine que j'avais observés, je publiai, en 1880, un mémoire dans lequel, m'appuyant sur les faits cités et sur mes propres observations, je m'efforçai de démontrer que la paralysie générale saturnine ne méritait pas véritablement ce nom, et qu'elle ne constituait en réalité qu'une *pseudo-paralysie générale*, dont j'esquissai les principaux caractères. Depuis ce moment, l'idée de la pseudo-paralysie générale saturnine a fait son chemin, en même temps que celle de la pseudo-paralysie générale syphilitique et de la pseudo-paralysie générale alcoolique, et quelques auteurs en ont publié des exemples.

Comme la pseudo-paralysie générale alcoolique, la *pseudo-paralysie générale saturnine* se développe le plus souvent dans le cours ou plutôt à l'issue d'un accè subaigu de folie saturnine. Contrairement à ce qui a lieu dans la paralysie générale vraie, son début est brusque, elle *éclate avec fracas* et *atteint* du *premier*

coup son apogée. Dès que les troubles hallucinatoires et délirants qui constituent l'ivresse du plomb sont passés, la pseudo-paralysie générale apparaît, non avec les symptômes légers de la période d'invasion, mais avec les *caractères les plus graves de la période d'état.* Habituellement, les malades sont plongés, dès le premier jour, dans le *marasme cachectique* le plus profond. Ils sont gâteux, paralysés, déments, incapables de faire un mouvement ou de proférer une syllabe, au point qu'on les croirait près de succomber. En même temps, ils présentent les signes ordinaires de l'intoxication saturnine, tels que liseré ardoisé des gencives, teinte terreuse de la peau, lourdeurs de tête, céphalalgie, étourdissements, crampes, fourmillements, névralgies diverses, anesthésies ou hypéresthésies partielles, arthropathies, paralysies, troubles épileptiques ou éclamptiques, etc., etc.

Les symptômes communs à la paralysie générale vraie et à la pseudo-paralysie générale saturnine présentent, dans cette dernière, quelques nuances spéciales. C'est ainsi que chez elle, l'*inégalité pupillaire* fait souvent défaut, que le *tremblement*, plus intermittent, est aussi plus prononcé et plus spasmodique, que l'*embarras de la parole* est parfois tellement marqué au début que la voix est inintelligible. Les malades, comme nous l'avons dit, sont souvent gâteux et complètement paralysés dès leur entrée dans les asiles. Du *côté intellectuel*, en dehors des manifestations délirantes et hallucinatoires que nous avons signalées et qui ne tardent pas, d'ailleurs, à disparaître, ils présentent un type d'affaissement bien diffé-

rent de celui de la paralysie générale. Tandis que chez les paralytiques ordinaires, l'affaiblissement de l'intelligence, d'abord peu marqué, suit une marche progressive, et aboutit finalement à la démence la plus profonde, chez les pseudo-paralytiques saturnins, cette démence, qui se montre d'emblée dans sa plus grande intensité, est bien plus *apparente* que réelle. Les malades, dès le début, paraissent souvent être sous le coup d'une abolition complète de l'intelligence; ils sont là, l'air stupide, hébétés, proférant des mots sans suite, pouvant à peine dire leur nom. Et pourtant, il n'y a point chez eux abolition, il n'y a que suspension des facultés, une *obtusion* poussée à ses dernières limites. Aussi, dans un laps de temps quelquefois très court, l'intelligence reparaît, et on est tout surpris d'assister au réveil rapide de malades qui semblaient fatalement condamnés à une démence incurable. Quant au *délire*, triste ou gai, de la pseudo-paralysie générale saturnine, il ne présente rien de bien particulier. Tout au plus pourrait-on dire qu'il est moins apparent que dans la paralysie générale, par ce fait que dans la plupart des cas, l'obtusion intellectuelle qui domine la scène n'en permet pas l'explosion, mais qu'en revanche, il s'accompagne plus souvent de *troubles sensoriels*. Enfin, il est à remarquer que d'habitude le saturnin, à moins qu'il ne soit dans la torpeur, est ombrageux, défiant, grossier et mauvais, tandis que le paralytique général est le plus souvent doux, humain, généreux et bienfaisant.

C'est surtout au point de vue de la *marche* et du

pronostic que la pseudo-paralysie générale saturnine se sépare de la paralysie générale vraie. En effet, pour si marqués qu'aient été les symptômes au début, ils ne tardent pas en général à s'amender, et ils finissent par disparaître à mesure que le poison s'élimine par les voies naturelles d'excrétion, ce qui rend la pseudo-paralysie générale saturnine *essentiellement curable*. Il faut faire remarquer pourtant que, comme la pseudo-paralysie générale alcoolique, elle a une tendance marquée à se reproduire sous l'influence des mêmes causes qui l'ont engendrée.

Ce n'est que dans ce dernier cas et à la suite de plusieurs récidives successives que les malades deviennent incurables et tombent dans un état de *démence cachectique* pendant lequel ils sont le plus souvent emportés par une attaque comateuse ou convulsive. On trouve alors, à l'autopsie, les *lésions* habituelles de la démence saturnine, et parfois aussi, quelques adhérences méningées non corticales.

Le *traitement* consiste surtout à favoriser l'élimination du poison. Il faut donc employer les bains sulfureux, l'iodure de potassium mélangé au bromure, etc. Il est nécessaire, pour prévenir le retour des symptômes, d'engager formellement le malade à changer de métier.

III. — MORPHINISME

(*Folie morphinique*)

Le *Morphinisme* est l'ensemble des accidents pro-

duits par l'empoisonnement par la morphine. Il peut être médical, c'est-à-dire être le résultat d'une médication plus ou moins prolongée par la morphine, mais presque toujours il succède à la *morphinomanie*, c'est-à-dire à la passion du malade pour cet agent toxique.

Nous n'avons pas besoin de rappeler l'histoire du morphinisme et de la morphinomanie, ni d'expliquer comment les injections sous-cutanées de morphine, préconisées par un médecin pour calmer les souffrances de ses malades, sont devenues, en peu de temps, un poison à la mode dans certaines classes de la société, où elles exercent déjà les plus grands ravages.

Ce qu'il nous importe de constater, c'est que comme tous les agents toxiques, la morphine est susceptible de provoquer des troubles intellectuels de diverse nature, et l'histoire de certaines affaires criminelles récentes montre que déjà le chapitre médico-légal du morphinisme est commencé.

Un certain nombre de travaux ont déjà paru sur le morphinisme et la morphinomanie, mais les leçons récentes de M. Ball sur ce sujet sont une des premières études qui aient eu spécialement trait aux désordres psychiques de cette intoxication. C'est aux notes prises à ses leçons par M. le docteur Vallon, chef de clinique du professeur, que nous devons de pouvoir en résumer ici les principaux caractères.

D'une façon générale, la folie produite par la morphinomanie ressemble de tous points à toutes les autres folies toxiques, et comme elles, elle se traduit surtout par des *accès* plus ou moins *aigus* de *manie*

ou de *mélancolie* avec insomnie, hallucinations de la vue de nature terrifiante, tremblements, etc. Mais la morphinomanie produit plus rarement la folie que les autres intoxications et le plus souvent elle donne lieu à des désordres intellectuels qui se limitent dans le domaine de la *semi-aliénation.*

Il convient, à cet égard, de distinguer les accidents déterminés par *l'abus* de la morphine et ceux déterminés par sa *suppression,* car les deux peuvent devenir la source d'un trouble mental, comme nous l'avons vu pour l'acool et le plomb.

1° *Effets de l'abus.*— Les premiers effets de l'absorption du poison sont en général agréables, et cette période de *stimulation* peut durer, suivant les sujets, de quelques semaines à quelques années. A dater du moment où la passion est devenue tyrannique, où le morphinique est devenu morphinomane, les désordres surviennent plus ou moins rapidement, et voici quels sont, dans la sphère intellectuelle et morale, les symptômes qui peuvent se présenter.

Le premier effet, nous l'avons dit, est un sentiment de bien être et de béatitude, une sorte de stimulation des facultés. Mais bientôt, la *volonté se paralyse* et le malade n'a plus assez d'énergie pour secouer sa torpeur et renoncer à son habitude. Souvent même, il n'a plus la force de quitter son lit (manie lectuaire). La mémoire et le jugement ne paraissent pas sérieusement affectés, mais ils peuvent présenter une certaine *obtusion.* Le *sens moral* est presque toujours profondément émoussé ; les morphinomanes en arrivent à com-

mettre des actes indélicats, quelquefois même des actes délictueux ou criminels. Enfin *leurs instincts* peuvent être dépravés et ils se livrent assez fréquement à toutes sortes d'excès, et même à une débauche véritablement pathologique. Le *sommeil* est constamment troublé et dans certains cas presque nul ; tout au plus se produit-il alors dans la journée une tendance à la *somnolence* mais n'aboutissant pas au repos. Lorsque tous ces troubles acquièrent une certaine intensité, il s'y joint d'habitude des accidents plus graves, tels que *terreurs paniques*, *hallucinations*, de la vue surtout, mais qui peuvent affecter également l'odorat et le goût. Quelquefois il survient un véritable *état de mélancolie* avec prostration, idées de persécution, tendance au suicide etc. La *manie aiguë* est plus rare, cependant on peut l'observer; c'est ainsi que dans les cabarets de l'Indo-Chine on peut voir des Malais, au paroxysme de la fureur d'avoir perdu au jeu, se précipiter dans la rue un couteau à la main.

Enfin l'abus prolongé de la morphine peut déterminer à la longue, un état de *démence cachectique* plus ou moins analogue aux autres démences toxiques.

A ces désordres purement psychiques vient se joindre le cortège habituel des symptômes physiques de l'empoisonnement, tels qu'anesthésie ou hypéresthésie, diminution des réflexes, augmentation de l'appétit, constipation opiniâtre avec ténesme et épreintes, dysurie, impuissance, intermittence du pouls, dyspnée, raucité de la voix, induration de la peau, tendance aux accidents locaux au niveau des piqûres, enfin, aspect vieilli et ridé de la face.

2° *Effets de l'abstinence.* — Ces effets se produisent chez les morphinomanes qui soit volontairement, soit involontairement, se trouvent plus ou moins brusquement privés de leur stimulant habituel. Parmi ces effets de l'abstinence les uns sont identiques et les autres opposés à ceux qui résultent de l'abus. *Du côté de l'intelligence*, on voit disparaître *l'euphorie* qui est remplacée par *l'irritabilité*, les inégalités de caractère et d'humeur, la tendance à tout critiquer et à tout voir en mal. Il s'y joint une *sensiblerie* plus ou moins grande, de *l'incapacité* de travail, de la faiblesse *intellectuelle* de la *somnolence*, de *l'affaissement* de la volonté. Dans certains cas, les malades sont dans la *torpeur* et l'inertie, ils ne bougent pas de leur lit ; d'autres fois au contraire ils sont dans une *agitation* extrême, ils vont et viennent, ne peuvent rester en place, poussent des cris et des gémissements, pleurent et se lamentent à tout propos. Parfois il s'y joint des *hallucinations* de la vue, de l'odorat et du goût. *L'insomnie* est en général complète. Dans certains cas il se déclare un véritable *accès de folie*, tantôt à *forme maniaque* avec excitation violente, et parfois même, un véritable *délire tremblant.*

Les troubles physiques concomitants dans la sphère de la sensibilité, de la mobilité et des fonctious organiques sont bien plus marqués que dans l'abus, et ils peuvent aboutir à un état très grave, comme le collapsus, susceptible d'entraîner la mort. On sait que le meilleur moyen de traitement, dans ce cas, est le retour aux injections de morphine, qui font souvent disparaître comme par enchantement les accidents, pour si graves qu'ils paraissent.

Le *diagnostic* de l'aliénation mentale morphinique, consiste essentiellement à constater la *morphinomanie*, souvent très dissimulée par les malades. En dehors des symptômes habituels du morphinisme, l'aspect de la peau avec ses traces de piqûre, et l'examen des urines qui renferment l'acaloïde même plusieurs jours après l'abstinence, suffisent à lever tous les doutes.

Le *pronostic* est grave, car il n'est pas de passion plus tyrannique que celle de la morphine, et à moins qu'on ne soit parvenu à la vaincre ou tout au moins à l'atténuer par une diminution progressive de la dose du poison, les malades finissent, le plus souvent, par la phthisie ou dans le marasme.

Le *traitement* consiste surtout dans la suppression graduelle du poison, lorsque la suppression brusque ne peut être employée ou détermine les accidents graves de l'abstinence.On y ajoute des adjuvants tels que régime tonique, alcooliques, sédatifs, bromures, chloral, extrait-thébaïque, belladone, café, hydrothérapie, repos physique et moral. Quelquefois il est nécessaire de recourir à l'isolement dans une maison de santé.

CHAPITRE XI

FOLIES ASSOCIÉES AUX MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

(*Maladies du cerveau, Maladies de la moelle, Névroses*)

§ I. — Folies liées aux maladies du cerveau

(*Paralysie générale, Démence apoplectique*)

PARALYSIE GÉNÉRALE

Définition. — La paralysie générale *est une affection cérébrale*, quelquefois *cérébro-spinale* (méningo-myélo encéphalite chronique interstitielle diffuse), *essentiellement caractérisée par des symptômes progressifs de démence et de paralysie* (démence paralytique), *auxquels viennent fréquemment s'associer des symptômes accessoires divers, et notamment une folie de forme maniaque ou mélancolique* (folie paralytique).

Historique. — La découverte de la paralysie générale, dont M. Baillarger a pu dire avec raison qu'elle était le plus grand progrès que l'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales, ne remonte pas à plus de soixante ans, bien qu'on ait essayé de

démontrer qu'elle était autrefois connue et qu'Haslam et Perfect notamment, en avaient rapporté des exemples à la fin du siècle dernier.

Esquirol commença le premier le mouvement, en signalant, d'une manière générale, l'extrême gravité des cas dans lesquels la paralysie complique la démence, et la signification fâcheuse qu'il faut attribuer à l'embarras de la parole comme élément de pronostic.

Mais c'est à ses élèves qu'était réservé l'honneur de mettre la maladie véritablement en lumière. Georget la décrit, en 1820, sous le nom de *paralysie musculaire chronique;* Delaye, en 1824, sous celui de *paralysie générale incomplète*, qu'elle a conservé depuis ; Calmeil enfin, en 1826, sous celui de *paralysie considérée chez les aliénés.*

Tous regardent la maladie comme une forme spéciale de paralysie venant s'ajouter à la folie, c'est-à-dire *comme la complication d'une maladie mentale déjà existante.*

A ce moment paraît Bayle qui, en 1822, dans sa thèse inaugurale, formule une opinion nouvelle, et change la face des choses. Pour lui, la paralysie générale n'est pas une simple complication de la folie mais une véritable *entité morbide.* Il la désigne sous le nom d'*arachnitis* ou *méningite chronique*, en raison de sa lésion prédominante, fait du délire ambitieux son symptôme nécessaire, caractéristique, et lui assigne une marche constante, divisée en trois périodes successives : l'une de *monomanie*, l'autre de *manie*, la troisième de *démence.* Comme Calmeil, il insiste sur

ses caractères anatomo-pathologiques, et considère comme pathognomoniques les adhérences existant entre les méninges et les circonvolutions.

Les idées de Bayle sont acceptées peu à peu, et Parchappe en 1838, va jusqu'à regarder la paralysie générale comme une folie spéciale, qu'il désigne sous le nom de FOLIE PARALYTIQUE.

Requin en 1846 fait une restriction à cette manière de voir, et, considérant que la paralysie générale, à laquelle il ajoute l'épithète de *progressive*, peut exister sans folie, il en admet deux formes : l'*une avec troubles intellectuels*, l'*autre sans aucun trouble de ce genre.* Cette distinction est confirmée et précisée par plusieurs auteurs, notamment par MM. Sandras, Lunier, et Baillarger. Ce dernier même, fait ressortir qu'au point de vue psychique, c'est la *démence* et non le *délire* qui constitue le symptôme essentiel de la maladie. Aussi, propose-t-il de l'appeler DÉMENCE PARALYTIQUE (1846).

A dater de ce moment, les recherches se multiplient et il paraît, sur la matière, une série de travaux importants parmi lesquels il faut citer surtout ceux de Ch. Lasègue, J. Falret, A. Linas.

En 1858 a lieu à la société médico-psychologique, une longue et intéressante discussion qui consacre, malgré les objections de certains opposants, et notamment de M. Baillarger, les idées de Bayle, c'est-à-dire *le principe de l'essentialité de la paralysie générale.*

Depuis ce moment, jusqu'à l'époque actuelle, la théorie de la paralysie générale n'a plus été mise en cause.

L'idée d'entité morbide acceptée, on s'appliqua plus particulièrement à poursuivre l'étude des caractères de la maladie.

Dans une première période, remplie surtout par les travaux de M. Baillarger, on s'*attache à l'analyse clinique* et on perfectionne sa description.

Dans une seconde, on reprend l'*étude des lésions anatomo-pathologiques*, en lui appliquant le microscope. Ce n'est plus une méningite ou une méningo-encéphalite chronique qui constitue l'altération capitale de l'affection. C'est, pour les uns, une sclérose du tissu conjonctif interstitiel du cerveau, pour les autres une lésion dégénérative du grand sympathique, pour certains enfin, une myélite plutôt qu'une encéphalite.

Puis, l'attention est de nouveau reportée sur les altérations des méninges et de la couche corticale. *La théorie des localisations* fait son application à l'étude des symptômes de la paralysie générale, et on cherche à trouver dans ces localisations la raison des différences symptomatiques de la maladie.

Mais déjà, des faits cliniques nouveaux, tels que les *rémissions*, les *paralysies générales latentes*, les *paralysies générales à double forme*, et surtout les *pseudo-paralysies générales* syphilitique, saturnine, alcoolique ébranlent peu à peu la *théorie unitaire*, qui ne peut les expliquer, et M. J. Falret en vient jusqu'à dire en 1877 que l'*histoire de la paralysie générale est à refaire*.

Aussi, M. Baillarger (1882-1883) propose-t-il, avec raison, d'en revenir à *la théorie dualiste*, soutenue par

lui en 1858, théorie qui admet, dans ce qu'on appelle la paralysie générale, deux affections bien distinctes susceptibles d'être associées comme d'exister l'une sans l'autre : 1° la DÉMENCE PARALYTIQUE, maladie principale ; 2° la FOLIE PARALYTIQUE, maladie accessoire.

Là s'arrête l'histoire de la paralysie générale. Ainsi, en résumé, quand on embrasse d'un coup d'œil d'ensemble l'évolution scientifique de cette maladie, on remarque qu'elle a passé surtout par trois phases principales : 1° dans la première, elle est considérée *comme une complication de la folie* ; 2° dans la seconde, elle représente une *unité morbide* ayant, entre autres, la folie pour symptôme ; 3° dans la troisième enfin, qui est la période actuelle, elle tend déjà à être regardée comme une *affection cérébrale* ou *cérébro-spinale*, une DÉMENCE PARALYTIQUE à laquelle vient s'associer, plus ou moins fréquemment et dans des conditions variables, la folie.

Ces diverses fluctuations et ces façons différentes de concevoir la paralysie générale n'ont en rien influé, du reste, sur les progrès de son étude clinique, qui, aujourd'hui est l'une des plus avancées de la médecine mentale tout entière.

DESCRIPTION. — Partisan, avec M. Baillarger, de la théorie dualiste de la paralysie générale, qui me paraît le mieux répondre à la nature des faits, je crois que la maladie dans sa forme la plus exacte, la plus simple et la plus vraie, est représentée cliniquement, non par telle ou telle forme délirante, mais au contraire par la paralysie générale sans délire, par la

DÉMENCE PARALYTIQUE, essentiellement constituée par une démence et une paralysie progressives.

Contrairement à ce qui se fait d'habitude, il me paraît donc rationnel, et, en même temps, plus fructueux pour l'étude, de décrire d'abord le type, le squelette de la maladie, c'est-à-dire la démence paralytique. Ce type connu, nous pourrons examiner, dans la sphère de la folie proprement dite, les divers phénomènes qui se surajoutent plus ou moins habituellement à la démence paralytique et leurs divers modes d'association.

Démence paralytique

Période prodromique

Il n'est peut-être pas de maladie qui s'établisse avec plus de lenteur que la paralysie générale. A moins que son début n'ait coïncidé avec un ictus congestif, *son invasion est tellement lente et insensible* qu'il est presque toujours impossible de lui assigner son véritable début et que son origine se perd, pour ainsi dire, dans la nuit du passé. Quand on scrute attentivement la vie des paralytiques, et qu'on insiste auprès de leurs familles, on en arrive à découvrir que les premières modifications de l'intelligence, du moral et de la santé générale qui ont marqué l'éclosion de la maladie remontent souvent à plusieurs années avant son apparition évidente.

C'est dire que, tout d'abord, ce sont des nuances imperceptibles qui surviennent, trop peu manifestes pour se révéler à des yeux non prévenus. Ces modifi-

cations légères portent plutôt sur le *moral* que sur l'*intelligence* proprement dite; les futurs paralytiques habituellement doux et d'une humeur égale jusque-là, deviennent irritables, faciles à s'émouvoir, incapables de supporter la moindre contrariété; ou bien, ils sont apathiques, placides, indifférents. Leurs sentiments commencent à s'altérer, leurs affections sont mobiles, instables; ils passent des élans de tendresse à l'indifférence la plus complète; ils se montrent moins scrupuleux sur les matières de la délicatesse et de l'honneur.

Intellectuellement, ils se passionnent pour leur travaux, ou bien, au contraire ils n'ont aucun goût pour l'étude; leurs idées sont toujours mobiles et fugaces. A ce moment, peuvent survenir quelques *conceptions hypochondriaques* plus ou moins persistantes, qui donnent le change et éveillent l'attention sur une affection viscérale qui n'existe pas. Il est très fréquent, en effet, d'entendre dire dans les familles que la paralysie générale a commencé soit par des maux d'estomac, soit par des palpitations et des étouffements, soit par une névralgie, surtout ophthalmique, soit par une douleur, un malaise quelconque dont le malade s'est plaint plus ou moins longtemps à ses parents et à son médecin.

Dans certains cas, on voit à ce moment survenir, ou au contraire cesser brusquement quelque manifestation cutanée, comme un eczéma, des sueurs abondantes à caractère local, ou un flux sanguin périodique (menstrues, hémorrhoïdes).

Peu à peu, les phénomènes s'exagèrent, et dans le cas où il existe des idées hypochondriaques, il est très

fréquent de voir apparaître un degré plus ou moins marqué de *dépression mélancolique*.

Mais déjà, *certaines défaillances intellectuelles*, *morales* et *physiques* se manifestent, avant-coureurs de la déchéance prochaine. « L'observateur attentif, dit M. J. Falret, commence déjà à constater quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot, des traces non contestables de *démence commençante* qui sont comme la marque caractéristique de cette maladie mentale, même dès ses premiers débuts. »

Ces défaillances se résument : INTELLECTUELLEMENT, en des faux pas étranges de la mémoire, des fautes d'orthographe ou des erreurs de calcul non habituelles, un défaut de suite dans les combinaisons et les projets, une impuissance absolue de rien terminer, etc. MORALEMENT, et cela frappe surtout chez les malades des classes supérieures, on voit apparaître un oubli tout à fait frappant des règles de la politesse et de la bienséance, une négligence dans la tenue, quelquefois aussi de l'indélicatesse et de la grossièreté, enfin, une tendance plus ou moins marquée à l'alcoolisme, à l'érotisme cynique, aux actes délictueux, surtout aux vols absurdes et sans but. PHYSIQUEMENT, le malade devient inhabile, maladroit, inapte au travail de sa profession ; s'il est artisan, il gâche son ouvrage, le recommence pour le faire plus mal encore, et perd de plus en plus l'aptitude aux mouvements délicats et de précision, si bien qu'il est renvoyé de chez tous ses patrons, et finit par ne plus trouver d'ouvrage. Déjà apparaissent *quelques troubles légers de la parole*, con-

sistant dans une certaine hésitation, surtout apparente après les repas.

En un mot, dans les trois modalités de l'individu surviennent déjà des *signes d'affaiblissement* qui, s'accentuant par degrés, attirent peu à peu l'attention, et conduisent progressivement le malade à la première période de son affection.

Première période

Dès lors, la démence paralytique est constituée, et elle se caractérise, dès l'abord, par deux ordres de symptômes : les uns *physiques*, les autres *intellectuels* et *moraux*.

1° Symptômes physiques.—Les symptômes physiques consistent en *troubles de la motricité*, en *troubles de la sensibilité*, en *troubles des fonctions organiques*.

A. — Troubles de la motricité. — Les principaux troubles de cette nature sont : l'*embarras de la parole*, le *tremblement*, l'*affaiblissement musculaire* et les *troubles oculo-pupillaires*.

L'*embarras de la parole est le symptôme capital, pathognomonique de la paralysie générale. Tant qu'on ne l'a pas constaté, quels que soient les autres symptômes, on peut soupçonner, on ne peut affirmer l'existence de la paralysie générale.* On comprend donc de quelle importance est son étude. Cette hésitation de la parole est très difficile à décrire, mais lorsqu'on est habitué à l'entendre, on en arrive à en saisir aisément tous les caractères et les moindres nuances, sauf dans

le début, où elle n'est perceptible qu'à des oreilles très exercées. Tout d'abord, l'hésitation n'est pas continue, elle ne se manifeste que d'une façon *intermittente.*

Quand le malade sort de table, ou qu'il est fatigué par une lecture ou une longue conversation, c'est alors une syllable mal prononcée, répétée, un *accroc*, comme on l'appelle ; l'émission du son reste un instant suspendue sur cette syllabe à laquelle elle s'accroche, puis, après ce faux pas qui n'a duré qu'un éclair, elle redevient aisée. Ou bien, la parole devient *lente*, *traînante*, comme *psalmodiée.* Peu à peu, cette hésitation s'accentue et devient perceptible pour tous. Elle revêt surtout deux modes assez distincts : ou bien elle consiste dans une espèce d'*ataxie* de la parole qui court, se heurte, se précipite et fait de continuels faux pas, ou bien elle consiste dans une *lenteur scandée* et *psalmodiée*, dans une véritable *épellation* des mots et des syllabes. Cette dernière forme est plus fréquente dans la démence paralytique simple et chez la femme. — Dans la première, chaque émission de son, chaque début de phrase, sont précédés d'une série de *tressaillements fibrillaires*, *ataxiformes* des lèvres, en sorte que, presque toujours, un certain temps s'écoule entre le moment de l'effort et celui où se produit la première émission du son. Pour s'en assurer, on fait prononcer au malade des mots difficiles, et comme, en général, ce sont les labiales qui sont le plus mal articulées parce qu'elles exigent le rapprochement des lèvres qui ne peuvent plus rester accolées, en raison de l'ataxie, il faut faire dire aux malades

des mots à labiales dans lesquels ils ne trouvent pas de syllabes pour s'appuyer; par exemple : *inamovibilité*, *incompatibilité*, ou des mots à linguales et à dentales comme : *artilleur d'artillerie.*

Le tremblement est un des premiers phénomènes qui se manifestent au début de la paralysie générale; le premier, a dit Ch. Lasègue. Il affecte plus spécialement la langue, les lèvres, les muscles de la face et les extrémités supérieures et inférieures. Ce tremblement, surtout au début, n'est pas un tremblement en masse, comme celui de l'alcoolisme par exemple; c'est un tremblement très fin, ataxique, *fibrillaire*, comme on l'appelle. Il est *intermittent* et se manifeste particulièrement au moment où le malade veut faire un effort. S'il veut parler, tous les muscles de ses lèvres et même de sa face entrent en jeu; et se livrent avant et pendant l'émission de la parole à des tressaillements fibrillaires plus ou moins marqués. La projection de la langue hors de la bouche se fait par saccades et son maintien au dehors est très difficile. Dans les mains, le tremblement se prononce davantage aussi lorsque le malade veut faire un effort, porter les mains à sa bouche, se boutonner, ramasser un objet délié, accomplir un mouvement précis. L'*écriture* est altérée, finement tremblée, couverte de ratupes, pleine d'omissions, de fautes d'orthographe et de grammaire (écriture dysgramatique et ataxique.) Dans les membres inférieurs le tremblement s'accuse aussi dans la marche, et s'observe surtout lorsqu'on fait pivoter brusquement le malade sur lui-même.

L'affaiblissement musculaire est plutôt une *parésie*

qu'une *paralysie*. Il est certain que les forces musculaires sont diminuées, mais moins cependant que ne pourraient le faire supposer l'inhabileté et l'incapacité des malades. En effet, le dynamomètre et le myographe accusent jusqu'aux dernières périodes une persistance moyenne de la force musculaire proprement dite. Cependant les malades se fatiguent vite et sont incapables de grands efforts.

Les troubles oculo-pupillaires consistent surtout soit dans une *contraction exagérée des pupilles* (myosis) qui peut aller jusqu'au resserrement punctiforme, soit ce qui est bien plus fréquent, dans une *inégalité de dilatation des pupilles*. Si l'on ne tient compte que de ce dernier symptôme, il est certain, comme on l'a dit, qu'il n'est pas constant, et qu'il manque dans un tiers des cas environ ; mais si l'on note tous les troubles oculo-pupillaires, contraction exagérée, dilatation inégale, etc., il est exceptionnel de ne rien constater. Au reste, il se peut que le resserrement exagéré masque une inégalité trop petite pour être apparente ; car dans certains cas, cette inégalité se révèle par l'administration de la belladone. On a attaché beaucoup d'importance à la question de savoir quelle était la pupille altérée, de la plus dilatée ou de la moins dilatée, et on a aussi voulu voir une relation intime entre le côté de la plus grande dilatation pupillaire et la forme mentale de la maladie. L'inégalité en faveur de la droite existerait dans la forme dépressive, l'inégalité en faveur de la gauche dans les formes expansives. Quant à la pupille altérée, on s'accorde à reconnaître que c'est *la pupille la plus*

dilatée, sous l'influence d'un trouble d'innervation du sympathique ou du moteur commun, et le fait a son importance, car la pupille malade peut indiquer, dans une certaine mesure, dans quel hémisphère les lésions sont prédominantes. Outre leur resserrement et leur inégalité de dilatation, les pupilles peuvent être encore déformées, déchiquetées, paresseuses à la lumière et à l'accommodation. Enfin, il existe parfois d'autres troubles oculaires divers, tels que l'amaurose, le ptosis, etc., etc.

B. Troubles de l'intelligence et du moral. — Les troubles de l'intelligence et du moral se résument dans un *affaiblissement progressif* de toutes les facultés.

La mémoire devient de plus en plus infidèle, les malades perdent le souvenir des dates, des noms, des évènements récents, de ce qu'ils ont fait la veille ou veulent faire à l'instant, tout en conservant intacts les souvenirs anciens ; leur imagination s'éteint de plus en plus. Ils peuvent bien encore remplir leurs devoirs de société, et même continuer, par une sorte d'habitude acquise, certains travaux intellectuels faciles qui ne nécessitent aucun effort d'imagination ou d'initiative, mais ils sont incapables d'un travail sérieux. Ils font de grosses erreurs de calcul, ils n'achèvent pas leurs phrases, ont des conversations décousues, se perdent dans les rues.

Moralement, ils deviennent plus indifférents et manifestent une altération progressive des sentiments affectifs.

En un mot, ils baissent de plus en plus et réalisent, au point de vue intellectuel et moral, le tableau ordinaire de la *démence*.

C. Troubles de la sensibilité. — On a signalé l'*anesthésie cutanée*, surtout au niveau de certaines régions, et notamment la partie antérieure du thorax, comme un signe du début de la paralysie générale. Ce qui paraît plus certain, c'est qu'à partir du moment où la maladie est constituée, la *sensibilité tactile* s'émousse, bien qu'il soit difficile de le constater d'une façon rigoureuse, en raison de l'état de démence qui existe chez les malades. Il en est de même de la *sensibilité spéciale* qui perd de sa perfection. Certains auteurs attribuent même une grande importance à l'affaiblissement des sensations gustatives et olfactives.

D. Troubles des fonctions organiques. — Ces troubles sont peu marqués à la première période; ce sont surtout les *troubles digestifs* qui dominent, et qui consistent dans l'exagération de l'appétit et la tendance à la constipation.

Deuxième période (période d'état)

La transition de la première à la seconde période est artificielle et ne repose sur aucun signe bien net. Elle se reconnaît aux progrès des symptômes signalés plus haut surtout de la démence et de la paralysie, et souvent aussi, à l'exagération de l'*embonpoint* qui survient à ce moment.

A part les épiphénomènes de divers ordres qui

peuvent venir la traverser, elle est essentiellement constituée par l'accentuation progressive des symtômes physiques et intellectuels déjà existants. La *parole* devient de plus en plus embarrassée pour en arriver, à la fin de cette période, à devenir presque incompréhensible ; le *tremblement*, la *parésie*, l'*incertitude* des mouvements et de la marche s'accroissent ; l'*intelligence* s'affaiblit, les idées se circonscrivent de plus en plus et se limitent peu à peu aux choses de la vie matérielle, aux besoins de l'existence. Les malades en viennent à n'avoir aucune notion de ce qui se passe autour d'eux ; ils se livrent à des actes absurdes, automatiques, enfantins, sont malpropres, mal vêtus, ramassent des ordures, des cailloux, des chiffons de papier dont ils emplissent leurs poches. Ils oublient qu'ils sont mariés, qu'ils ont des enfants ; ils vivent dans la répétition monotone des mêmes mots et des mêmes idées. Aux troubles oculo-pupillaires se joignent parfois de la *diplopie*, de l'*amaurose*, etc. ; aux troubles musculaires des *contractures*, surtout du côté de la tête qui se raidit et ne touche plus un seul instant l'oreiller dans le décubitus dorsal. Il survient aussi très fréquemment du *mâchonnement*, espèce de mouvement de rumination ou de dégustation quelquefois incessant, et un *grincement des dents* caractéristique, qui peut aller à la longue jusqu'à user les dents et s'entend presque toujours à une très grande distance.

La *faiblesse musculaire* s'accentue au point que la marche devient de plus en plus malaisée, les chûtes sont fréquentes, les malades portent difficilement

la nourriture à leur bouche. Ils engraissent quelquefois considérablement; ils deviennent de plus en plus voraces et gloutons. Enfin, ils ont un facies spécial qu'on désigne sous le nom de *masque paralytique* et qui consiste dans la couleur terreuse et la flaccidité des joues avec effacement des plis cutanés, surtout des sillons naso-labiaux, et qui enlève au visage toute vivacité et toute expression.

Après une durée plus ou moins longue de cette période qui, suivant qu'elle est traversée ou non par des complications congestives, peut durer quelques mois ou même plusieurs années, le malade s'achemine peu à peu vers la période terminale qui est marquée, elle, par l'apparition d'un signe caractéristique : le *relâchement des sphincters*, dont la conséquence est *l'état gâteux*.

Période terminale

A dater du moment où le malade commence à gâter, il entre dans la période ultime de la maladie.

Il commence habituellement par uriner la nuit dans son lit, puis dans ses vêtements, d'abord d'une façon intermittente, ensuite d'une façon continue; peu à peu il en arrive à laisser échapper ses matières fécales, et devient complètement gâteux ; ses sphincters vésical et rectal sont paralysés. Plus rarement, cette paralysie se traduit par une rétention d'urine ou de matières fécales.

Le paralytique, dès lors, se dégrade de plus en plus ; il marche lourdement, ou d'une façon ataxique,

toujours prêt à tomber; bientôt il ne peut plus se tenir debout; il est incapable de s'habiller, de procéder aux actes les plus simples de la vie; il est tout à fait malpropre, mange gloutonnement, se nourrit d'ordures et dévore même quelquefois ses excréments. La physionomie exprime l'*hébétude* et la *démence la plus complète*; l'*inégalité pupillaire* est le plus souvent très apparente; l'*embarras de la langue* est tel que la parole n'est plus qu'un bredouillement incompréhensible, compliqué parfois d'une véritable aphasie; le *grincement des dents* et le *mâchonnement*, lorsqu'ils existent, deviennent très marqués; les *tremblements spasmodiques* des mains, des lèvres, de la langue très accentués; les *contractures*, surtout celle du cou, sont très manifestes; la *sensibilité* est nulle ou presque nulle; la *paralysie du pharynx* se joint à celle des sphincters, à ce point que les aliments, avalés gloutonnement, s'entassent fréquemment dans l'isthme du gosier et déterminent parfois une *asphyxie par bol alimentaire*, qui peut entraîner la mort. Enfin, de dégradation en dégradation, les malades en arrivent à ne plus quitter leur lit, à devenir *grabataires*, et bientôt, sous l'influence de l'altération du système nerveux, ils présentent des *troubles trophiques* et de *dégénérescence* divers, tels que : amaigrissement cachectique, tendance aux fractures et aux luxations, érythèmes, abcès, mal perforant du pied, chûte spontanée et dystrophie des ongles, hématômes du pavillon de l'oreille, surtout eschares du sacrum, de la région fessière, du talon, etc. Celles de ces complications qui donnent lieu à une suppuration abon-

dante, peuvent par la révulsion ainsi produite, amener un temps d'arrêt ou même une régression dans l'évolution des symptômes. On a remarqué également qu'en dépit du mauvais état général du malade, toutes ces complications, fractures, abcès, phlegmons, mal perforant, etc., avaient d'habitude une tendance surprenante à guérir.

L'*hématôme de l'oreille*, la seule de ces complications qui, par sa fréquence et les discussions auxquelles elle a donné lieu, mérite de nous arrêter un instant, peut être simple ou double. Cette tumeur sanguine peut, il est vrai, s'observer quelquefois dans d'autres formes de maladies mentales, notamment dans l'épilepsie, l'idiotie, la mélancolie, la manie etc., comme aussi chez les lutteurs de profession, mais elle est surtout fréquente dans la paralysie générale. L'épanchement se produit souvent avec une grande rapidité et se développe en quelques heures; dans la majorité des cas, il met plusieurs jours à s'établir. La tumeur, plus ou moins considérable, peut aller du volume d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. Elle occupe tout le pavillon de l'oreille, mais respecte le lobule. Au début, elle communique au toucher la sensation de crépitation. Incisée, elle donne issue à du sang mêlé à de la sérosité. Malgré sa gravité apparente, cette tumeur guérit presque toujours au bout de quelques semaines. Mais il reste une déformation, le plus souvent indélébile et caractéristique. Au point de vue anatomique, l'hématôme est constitué par un épanchement situé pour les uns (Foville) sous le périchondre, pour d'autres (Mabille) entre

le cartilage et la peau; pour certains enfin (Vallon) dans l'épaisseur du périchondre.

On ne s'entend pas non plus sur sa pathogénie. Pour quelques auteurs, l'hématôme est constamment le résultat d'un traumatisme et surtout de coups; pour d'autres, il est spontané, et résulte d'un trouble dans l'innervation du grand sympathique. Il est probable que sa cause essentielle consiste, en effet, dans un trouble de circulation, et que, par suite de cet état préparatoire, il suffit du moindre choc, comme le simple frottement des oreilles sur les draps, par exemple, pour déterminer son apparition.

Pendant ce temps, le malade s'affaisse de plus en plus au point de vue intellectuel et moral; ses idées se rétrécissent et s'annihilent peu à peu, il ne reconnaît plus personne, ne trahit aucune émotion, aucun sentiment, ne se souvient de rien, ne manifeste de désir que pour sa nourriture, et finit par être réduit, comme on l'a dit, à un tube digestif.

Arrivé à ce degré, le paralytique présente le tableau de la déchéance la plus profonde et la plus lamentable, il n'a plus rien d'humain, et tombe, véritablement, à l'état de l'animal inférieur.

La *mort* est la terminaison constante de cet état. Elle a lieu soit par les progrès même de la *déchéance physique* (marasme ou cachexie paralytique), soit par le fait d'une *complication quelconque* (maladie incidente, congestion pulmonaire hypostatique), soit enfin à la suite d'*attaques congestives*.

La fréquence et l'importance de ces attaques nous oblige à en dire un mot.

La *congestion cérébrale* joue un rôle capital dans l'existence de la paralysie générale. Elle peut en ouvrir la marche, au début, comme elle peut la terminer brusquement par la mort à la dernière période. Enfin, elle peut se manifester à un moment quelconque, pendant le cours de sa durée. Cette congestion cérébrale se manifeste sous les formes les plus diverses, à ce point que certains auteurs, comme Aubanel et Marcé, en ont distingué jusqu'à six ou huit variétés. En réalité, celles qui se produisent sous forme d'attaque congestive et constituent une véritable complication sont les formes suivantes : 1° *comateuse;* 2° *hémiplégique;* 3° *apoplectiforme;* 4° *épileptiforme.*

Dans la *forme comateuse*, le malade commence par manifester une tendance à la somnolence, à l'hébétude, à l'inertie physique et intellectuelle. Sa figure se congestionne, et, en peu d'heures, cet état arrive jusqu'au coma, avec résolution musculaire et insensibilité complète, sans difficulté appréciable, le plus souvent, de la respiration. Ces accidents, ordinairement sans gravité, se dissipent assez rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans la *forme hémiplégique*, l'hémiplégie se produit d'emblée, et pour ainsi dire, sans prodromes. Tout à coup le malade laisse tomber un objet qu'il tenait à la main ou fléchit sur l'une de ses jambes, et aussitôt, apparaît une hémiplégie ou une monoplégie qui persistent plus ou moins longtemps, mais en général tendent à disparaître ou tout au moins à s'atténuer au bout de quelques jours.

Dans la *forme suivante*, il se produit une véritable

attaque à *type apoplectiforme*. Le malade tombe comme foudroyé et perd connaissance; un état comateux se produit avec congestion violacée de la face, respiration stertoreuse, ronflante, écume aux lèvres, résolution musculaire, relâchement des sphincters. La mort peut survenir à ce moment; mais le plus souvent cet état cesse au bout de quelques minutes et après une période de transition plus ou moins longue, marquée surtout par l'hébétude et la somnolence, le malade revient à lui-même en conservant dans certains cas, soit une hémiplégie passagère, soit une faiblesse des sphincters vésical et rectal.

L'*attaque épileptiforme*, la plus fréquente et la plus grave de toutes les complications congestives de la paralysie générale, se manifeste également par une perte subite de connaissance, avec cri initial, pâleur, puis rougeur de la face, écume sanguinolente, enfin convulsions épileptiques tantôt générales, tantôt et plus fréquement limitées soit à une moitié du corps, soit à une moitié de la face, à un bras, à une jambe, et le plus souvent accompagnées d'une élévation de la température qui peut aller jusqu'à 40°.

Dans la grande majorité des cas, cette crise épileptique ne reste pas isolée, et il en survient presque coup sur coup ou dans la même journée un certain nombre, séparées les unes des autres par un intervalle de coma plus ou moins long; parfois même il se produit un *véritable état de mal*. Ces attaques qui peuvent reparaître plusieurs fois dans le cours de la maladie, surtout à la dernière période, sont constamment suivies d'une

aggravation sensible des symptômes, quelquefois même de mort. Elles laissent souvent après elles divers accidents tels qu'hémiplégie, contracture, aphasie, etc., en général transitoires et susceptibles d'une certaine amélioration.

Les attaques épileptiformes de la paralysie générale quoique ne différant pas essentiellement, au point de vue clinique, de l'épilepsie vraie, essentielle, s'en séparent cependant par plusieurs caractères et rentrent dans la catégorie des *épilepsies symtomatiques*, de ce que Ch. Lasègue appelait les états *épileptoïdes*.

Quelle que soit la forme que revête la congestion cérébrale, dans la démence paralytique, elle a pour effet habituel, lorsqu'elle n'emporte pas brusquement le sujet, de faire faire chaque fois un pas de plus en avant à la maladie.

Folie liée a la démence paralytique

(*Folie paralytique*)

La *démence paralytique*, telle que nous venons d'en esquisser la description, constitue bien réellement la paralysie générale dans son expression fondamentale, dans sa forme la plus simple et la plus vraie. Elle se présente sous cet aspect plus fréquemment qu'on ne le pense, si l'on tient compte non seulement des cas observés dans les asiles, mais de tous ceux, plus ou moins ignorés, qui existent au dehors, surtout chez les femmes. Quoi qu'il en soit, dans la grande majorité des cas, aux symptômes que nous

venons de décrire viennent s'ajouter des symptômes variés de délire, c'est-à-dire qu'à la démence paralytique vient s'associer une *folie généralisée*, de forme *maniaque* ou *mélancolique*, qui emprunte à l'état cérébral sur lequel elle vient s'enter des caractères spéciaux qui méritent d'être signalés.

La forme de folie la plus fréquente dans la démence paralytique, au moins au début, est *l'excitation maniaque avec délire ambitieux*. Cette excitation maniaque, qui très souvent ouvre la scène, consiste dans une exaltation plus ou moins marquée de l'intelligence, du moral et des fonctions corporelles (dynamie fonctionnelle), par une grande suractivité physique et mentale, un besoin exagéré de mouvement, des idées d'ambition, d'invention, de richesses avec tendance aux vols absurdes, à l'érotisme, aux excès alcooliques etc., etc. Plus tard, à mesure que la démence fait des progrès, l'exaltation des facultés cède peu à peu et fait place à un *délire des grandeurs* absolument typique et dont la caractéristique est d'être *absurde*, *mobile*, *contradictoire*, *incohérent*. Ces caractères, il les doit à la démence qui constitue le fond de l'état intellectuel. Le délire des malades porte sur toutes les grandeurs possibles. Ils ont des richesses considérables, des millions, des milliards ; ils sont princes, rois, ducs, évêques, papes ; ils ont tout au suprême degré, la force, la santé, la fortune, les affaires, la famille, le nombre d'enfants, etc. Tout, dans leur bouche, est au superlatif. La satisfaction et la béatitude sont répandues sur toute leur personne. En général, et à part leurs crises passagères d'em-

portement, ils sont bons, philanthropes et généreux à l'excès.

Après l'excitation maniaque, c'est surtout la *mélancolie délirante* que l'on observe au début ou dans le cours de la démence paralytique. On sait que, pendant longtemps, on avait admis avec Bayle que le délire ambitieux était constant et pathognomonique dans la paralysie générale, et il a fallu tous les efforts de M. Baillarger pour établir que la folie, dans cette affection pouvait assez fréquemment se montrer sous la *forme mélancolique*. Ainsi que l'a indiqué cet auteur, le délire dans ces cas, se manifeste le plus souvent par des *idées hypochondriaques* absurdes, incohérentes, relatives aux fonctions organiques, surtout au tube digestif. Les malades disent que leurs aliments ne passent pas, ils n'ont plus de bouche, plus d'anus, ils sont constipés, bouchés, pourris, ils sont morts, etc., etc. Plus rarement ce sont des *idées de persécution*, de *culpabilité*, de ruine, de déshonneur, etc., qui surviennent, et c'est dans ces cas qu'on peut rencontrer des hallucinations de l'ouïe, de la vue ou du tact — d'ailleurs le plus souvent démentes — qui paraissent faire à peu près défaut dans les autres variétés de folie paralytique. Quelle que soit la forme de ce délire, il est toujours essentiellement absurde, niais et incohérent. Il s'y joint très fréquemment du *refus d'aliments* et des *idées de suicide*.

Après ces deux variétés de folie, celles que l'on rencontre le plus souvent dans la démence paralytique sont : LA MANIE AIGUË, avec excitation très vive, délire des grandeurs, incohérence, violences; l'AGITA-

TION MANIAQUE sans délire, automatique, surtout dans les dernières périodes ; LA MANIE SURAIGUË OU DÉLIRE AIGU, qui prend alors le nom de DÉLIRE AIGU PARALYTIQUE et constitue la forme suraiguë, rapidement mortelle, de la paralysie générale ; enfin, la simple DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE, et, quelquefois, la MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR.

La caractéristique de tous ces états de folie quels qu'ils soient, est l'absurdité des conceptions, qui tient à l'état de démence.

Ces états de folie s'*associent* avec la démence paralytique de plusieurs façons différentes.

Le plus souvent, un accès d'*excitation maniaque* avec dynamie fonctionnelle, éclate au début même de la maladie et l'excitation continue, avec accès plus ou moins aigus, pendant toute sa durée (Paralysie générale à forme expansive, à forme maniaque, à forme ambitieuse.) D'autres fois, c'est la *mélancolie* avec délire hypochondriaque qui accompagne l'affection depuis son début jusqu'à sa terminaison (Paralysie générale à forme mélancolique, à forme dépressive, à forme hypochondriaque.)

Dans certains cas, la folie, après avoir éclaté sous forme d'un *accès de mélancolie*, mais surtout *de manie* plus ou moins aigu, peut *disparaître*, soit au début, sans que la démence paralytique ait laissé de traces (manie congestive), soit dans le cours même de l'affection, laissant persister seuls les symptômes de démence paralytique. Dans ce dernier cas, il se produit ce qu'on appelle une RÉMISSION, particularité clinique qui a été diversement interprétée, mais qu'il faut

considérer, avec M. Baillarger, comme la *disparition de l'accès de folie* avec *persistance de la démence paralytique*, qui, elle, continue à marcher, en se compliquant ou non à nouveau d'accès de folie paralytique à forme maniaque ou mélancolique.

Dans d'autres cas, l'*accès de manie ambitieuse* disparaît mais pour faire place à un accès *de mélancolie* avec le délire hypochondriaque classique, alternance qui peut se reproduire plusieurs fois, soit au début, soit dans le cours de la maladie, avec ou sans rémissions intermédiaires, mais en général, d'une façon moins régulière que dans la folie à double forme vraie. C'est ce qu'on a appelé la *paralysie générale à double forme ou circulaire*. D'après la théorie de M. Baillarger, ces cas s'expliquent encore non par une modification de la démence paralytique, qui elle, reste fixe et immuable, mais par le *caractère circulaire* qu'affecte la folie, au lieu d'ètre continue et toujours identique. La folie paralytique à double forme s'observerait surtout chez les héréditaires, et particulièrement chez les *héréditaires vésaniques*, comme du reste les rémissions,

Dans quelque cas, enfin, l'*accès de folie paralytique*, manie ou mélancolie, éclate et se prolonge plus ou moins longtemps sans que les signes de démence paralytique se manifestent. La guérison ou la mort peuvent survenir sans que ceux-ci soient encore apparus (paralysie générale latente). C'est dans ces catégories de folie paralytique non fatalement suivies de démence paralytique qu'il faudrait ranger d'après

M. Baillarger la plupart des *pseudo-paralysies générales* que nous avons étudiées plus haut.

Cette façon de considérer les rapports de la paralysie générale et de la folie par leur dissociation possible, permet seule de comprendre les modalités si diverses qu'affecte cette dernière, et qui sont inexplicables, il faut l'avouer, par la théorie unitaire, celle qui fait de la folie un des éléments constitutifs de la paralysie générale.

Marche. Durée. Terminaison. — La paralysie générale peut être primitive, ou consécutive à une autre affection, en général des centres nerveux, comme l'ataxie locomotrice par exemple, Lorsqu'elle débute ainsi par des phénomènes médullaires, on lui donne le nom de *paralysie générale ascendante* ou *par propagation.*

La *marche* habituelle de la démence paralytique, lorsqu'elle est simple, est *progressive*, et la *durée* de l'ensemble de ses trois périodes est, en moyenne, de deux à trois ans chez l'homme et de trois à quatre ans chez la femme, ce qui tient, chez cette dernière, à la fréquence moindre des complications congestives. Sa *terminaison* constante est la *mort*.

Toutefois, lorsque la démence paralytique s'accompagne de folie, sa marche peut être modifiée.

Lorsque la folie affecte la forme *forme continue* et qu'elle persiste tout le temps, rien n'est changé dans l'allure de la maladie, sauf dans le cas où il s'agit d'une *manie suraiguë* (délire aigu paralytique), car alors la mort survient en dix ou quinze jours. Mais si la folie affecte le *type intermittent* (rémission) ou *cir-*

culaire (paralysie générale alternante), la durée peut devenir beaucoup plus longue, et s'étendre à un espace de sept, huit, et même dix ans et plus.

Enfin, lorsque la folie paralytique se manifeste seule (paralysie générale latente), la *maladie peut guérir*, soit temporairement, soit définitivement, les lésions incurables de la démence paralytique ne s'étant pas encore produites.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on rencontre le plus habituellement dans la paralysie générale sont de deux ordres : les *lési ns macroscopiques*, les *lésions microscopiques*.

Lésions macroscopiques. — La dure-mère est très souvent épaissie, adhérente aux parois du crâne.

L'arachnoïde est également épaissie, elle présente des opacités, est distendue par des vaisseaux gorgés de sang et renferme des îlots de granulations conjonctives surtout au niveau de la grande scissure interhémisphérique.

La pie-mère est habituellement injectée et couverte d'arborisations. Elle présente parfois des traînées blanchâtres au pourtour des vaisseaux.

Les méninges sont à peu près constamment adhérentes à la couche corticale du cerveau. Ces *adhérences*, signalées par les premiers auteurs, sont considérées avec raison comme une des lésions macroscopiques les plus caractéristiques et les plus constantes. Dans certains cas rares, elles peuvent manquer. Quelquefois elles sont à peine apparentes, surtout si le malade est mort au début de son affection ; la méninge happe

seulement alors à l'écorce cérébrale. Le plus souvent la méninge en se détachant, entraîne avec elle des îlots de couche corticale, en sorte qu'après son ablation, le cerveau présente çà et là des érosions, des ex ulcérations plus ou moins profondes. Le siège le plus habituel des adhérences est la superficie des plis corticaux au niveau des régions antéro-latérales de l'écorce, surtout au niveau des circonvolutions qui avoisinent le sillon de Rolando. Parfois, au contraire, elles prédominent dans la région occipitale ; enfin, tout le cerveau peut en être parsemé.

La couche corticale est diminuée, il y a résorption, atrophie. Elle est surtout ramollie, et s'enlève en bouillie. Elle se sépare avec d'autant plus de facilité de la substance blanche que celle-ci au contraire, est indurée. En grattant avec le dos du scalpel, la couche corticale se détache et on produit le phénomène *des crêtes* (Baillarger), c'est-à-dire qu'on fait saillir des crêtes blanches, fermes, résistantes, entièrement dépouillées de substance grise.

Les ventricules latéraux, et particulièrement le quatrième ventricule, sont tapissés de sérosité et présentent presque toujours des *granulations* dites *épendymaires* (Joire, Magnan et Mierzéjewski). Ces granulations sont comme des grains de parchemin, de la chair de poule ; lorsqu'on ne les voit pas de champ, on peut les rendre visibles en regardant obliquement la surface de l'épendyme. Quelquefois, les parois des ventricules en sont criblées. La cavité des ventricules latéraux paraît agrandie.

Lésions microscopiques. — Au début, on constate une

altération des parois des petits vaisseaux, avec prolifération des noyaux de l'adventice et multiplication des éléments conjonctifs. — Les gaînes lymphatiques sont distendues par un amas de leucocytes et de globules rouges. La névroglie prolifère, et la trame celluleuse interstitielle, dans les deux substances, se développe outre mesure; ses éléments enserrent, étouffent les cellules cérébrales qui se ramollissent, perdent leurs noyaux, subissent la dégénérescence colloïde ou granulo-graisseuse, surtout les grosses cellules.

Les mêmes lésions peuvent s'observer dans la moelle, dont les cordons postérieurs ou latéraux subissent parfois la dégénérescence scléreuse, particulièrement dans la paralysie générale ascendante et à forme ataxique. On peut les rencontrer aussi dans les divers filets du grand sympathique.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la paralysie générale est souvent facile, en raison du cortège de symptômes typiques qui l'accompagnent. Il est des cas cependant où ce diagnostic peut présenter de réelles difficultés.

La démence paralytique simple peut être confondue avec la *démence apoplectique*. On l'en distingue surtout par ce fait qu'en général la démence apoplectique survient à un âge plus avancé, chez des sujets ordinairement athéromateux ; de plus, elle s'accompagne habituellement de symptômes hémiplégiques qui n'existent pas dans la paralysie générale ; son embarras de la parole n'est pas le même ; l'inégalité des pupilles manque souvent ; enfin, la sensiblerie est bien plus marquée et quelquefois caractéristique.

Mais c'est principalement dans le cas où la démence paralytique s'accompagne de folie que le diagnostic peut donner lieu à de réelles difficultés.

Il est possible, en effet, de confondre la folie paralytique avec la *folie simple*, et cela, dans les diverses formes sous lesquelles elle se présente.

Ainsi, l'accès d'excitation maniaque du début de la paralysie générale peut être pris, soit pour un accès d'*excitation maniaque simple*, soit surtout pour la *période d'excitation d'une folie à double forme* qui revêt souvent, comme nous l'avons vu, cette variété de manie. Le diagnostic est, en général, très difficile et parfois même impossible, car à ce moment, il n'y a pas encore de démence dans la paralysie générale ; d'autre part, les symptômes physiques y sont très peu apparents et peuvent également exister à ce degré dans la folie à double forme. Les deux signes de diagnostic les plus importants sont : 1° *le commencement d'affaiblissement intellectuel* qui se révèle dès le début chez les paralytiques ; 2° *la bonté*, la générosité habituelles de ces malades qui, à ce moment surtout, s'exagèrent et contrastent avec la *méchanceté ordinaire* des fous à double forme. Les renseignements, d'ailleurs, viennent lever tous les doutes en dévoilant, chez ces derniers, soit des accès antérieurs, soit une hérédité vésanique, souvent similaire.

Quand la paralysie générale a marché, et que le délire ambitieux est dans son plein, il n'est guère possible de le confondre avec la *folie ambitieuse* (foile partielle). Outre que le délire ambitieux des paralytiques présente un cachet de démence, d'absurdité,

d'incohérence que n'a point l'autre, on sait aussi que le délire ambitieux de la folie partielle n'est jamais un délire primitif, mais qu'il succède à un autre délire, le plus souvent au délire de persécution ; il est de plus accompagné d'hallucinations nombreuses, tandis que les hallucinations sont très rares dans la paralysie générale, au moins dans la forme maniaque. Enfin, en ne tenant compte que de l'état de folie lui-même, le délire des grandeurs de la paralysie générale est une folie généralisée, c'est-à-dire avec excitation, tandis que le délire ambitieux est une folie partielle.

La manie aiguë de la folie paralytique peut être prise au début, pour un accès de *manie aiguë simple* ; de même, le délire aigu paralytique peut être confondu avec le *délire aigu simple*. C'est là un diagnostic souvent très difficile à établir, et qui, dans certains cas, ne peut être fait qu'à l'autopsie. Il faut tenir compte alors de l'âge du malade, de ses antécédents, et sur tout, rechercher les signes physiques de la paralysie générale.

La mélancolie de la folie paralytique peut se confondre avec la *folie simple*, ou avec la *période mélancolique de la folie à double forme*. Il faut se rappeler que dans la paralysie générale, il existe le plus souvent des signes physiques, de l'affaiblissement intellectuel. De plus, les conceptions y revêtent ordinairement la forme d'un délire hypochondriaque absurde et pour ainsi dire typique.

La folie paralytique peut se présenter sous la forme de *stupeur*, et alors, le malade ne parlant pas, ne

bougeant pas, il est à peu près impossible d'établir le diagnostic. Il n'y a guère dans ce cas que l'inégalité pupillaire qui puisse constituer un signe différentiel de quelque valeur.

Il semblerait que lorsque la folie paralytique affecte la forme alternante, elle doive être très difficile à distinguer de la *folie à double forme*. Il n'en est rien cependant, car dans ce cas, elle présente habituellement des symptômes physiques plus ou moins marqués ; de plus le retour des accès n'a jamais la régularité de ceux de la folie à double forme.

Le diagnostic de la folie paralytique établi, il reste encore à reconnaître à quel genre de folie paralytique on a affaire, c'est-à-dire à la différencier d'une *pseudo-paralysie générale*. Nous avons vu, en parlant de ces dernières, sur quels signes on pouvait s'appuyer pour établir cette distinction.

Étiologie. — Il n'existe pas de cause unique, ni même certaine de paralysie générale, et j'ai déjà eu occasion de dire plus haut, que la paralysie générale vraie, classique, progressive, était précisément celle dont l'étiologie est la plus obscure et dans laquelle toute cause évidente fait défaut. C'est à ce point que lorsqu'on trouve dans le passé d'un malade, présentant les symptômes de cette maladie, un facteur étiologique puissant tel qu'hérédité, syphilis, alcoolisme, saturnisme, etc., il est prudent de réserver le pronostic et de prévoir sinon une guérison complète, tout au moins la possibilité d'une amélioration, de rémissions, en tout cas, d'une durée excessive ; tandis que lorsque

le passé des malades est absolument muet, il est permis d'affirmer presque la marche classique, progressive et sans rémission de la maladie.

Il nous faut donc passer en revue successivement les principales causes prédisposantes et déterminantes, générales et individuelles, qui influent plus ou moins sur le développement de la paralysie générale.

Causes prédisposantes. — *Époques et pays* — On aura beau discuter la question de savoir si la paralysie générale existait ou non dans les siècles passés, il est certain que si elle avait été tant soit peu commune, elle n'eût pas échappé complètement à l'attention de nos devanciers. D'autre part, il n'est pas douteux que sa fréquence tend à s'accroître de jour en jour. On peut donc conclure en toute certitude que *la paralysie générale est une maladie contemporaine,* et surtout une maladie du XIXe siècle. Ce fait est à rapprocher de la prédilection marquée qu'elle affecte pour certains pays, et surtout pour les grands centres. D'une façon générale, en effet, et à part quelques exceptions, *elle est rare dans les pays peu civilisés,* tandis qu'au contraire elle est *très fréquente chez les peuples parvenus à leur apogée* ou *en voie de décadence.*

L'*Europe occidentale* et l'*Amérique du Nord en sont les foyers principaux.* C'est au point qu'un auteur américain a pu dire que la *fréquence de la paralysie générale dans les pays divers pouvait servir, dans une certaine mesure, de thermomètre relativement à leur degré de civilisation.* Il est permis d'admettre, par conséquent, que l'excès de civilisation et les consé-

quences fâcheuses de tout ordre qu'il entraîne, en déterminant une usure cérébrale qui va s'augmentant de génération en génération, diminue peu à peu la force de résistance du système nerveux chez les descendants, et crée, chez eux, une prédisposition aux affections cérébrales dégénératives et notamment à la paralysie générale.

Age. — La paralysie générale est, comme je l'ai appelée autre part, une maladie CLIMATÉRIQUE, c'est-à-dire liée à une période spéciale de l'existence. Cette période est, on le sait, l'*apogée de la vie.* M. Luys a parfaitement expliqué la raison de ce fait en montrant que la trame interstitielle du cerveau, dont l'évolution est continue, se trouve, à ce moment, dans un état de prolifération critique, dans « une sorte d'état préparatoire physiologique, qui peut incidemment devenir un processus pathologique sous le coup d'une surexcitation nutritive incidente ». Quant à l'époque de la fréquence maximum de la paralysie générale, elle est assez difficile à déterminer d'une façon précise. *Fixée à quarante-cinq, quarante-huit et même cinquante ans*, du temps de Bayle et de Calmeil, elle s'est certainement abaissée depuis, et, pour ma part, je l'*ai trouvée de trente-huit ans* chez trois cent dix-sept paralytiques généraux que j'ai observés à Sainte-Anne. Cet abaissement de l'âge moyen de la maladie parlerait mal, suivant l'auteur anglais Mickle, en faveur de la vitalité des peuples de l'Europe occidentale, en tant tout au moins que la paralysie générale puisse être considérée comme le résultat d'une dépense exagérée

de la force vitale et d'une sénilité prématurée. En dehors même de cet abaissement de l'âge auquel se manifeste le plus communément la paralysie générale, il est certain qu'on tend à en observer des cas avant la période culminante de l'existence. Dans une étude récente de ces cas, que j'ai désignés sous le nom de *paralysie générale prématurée*, j'ai montré qu'il était possible de rencontrer la paralysie générale *avant l'âge de vingt ans*. Par contre, il peut exister des cas de *paralysie générale tardive*, après soixante et soixante cinq ans.

Hérédité. — Beaucoup d'auteurs professent encore que la paralysie générale est héréditaire à la façon de la folie, et qu'elle reconnaît la même origine vésanique. M. Lunier et surtout M. Doutrebente, et après eux, d'autres auteurs, se sont attachés à démontrer que la paralysie générale ne naissait pas de la folie, et que son hérédité était une *hérédité de tendances congestives* ou *cérébrale*. Cette opinion tend à se confirmer de plus en plus, et, pour notre part, M. Ball et moi, nous avons dans un récent mémoire, donné la généalogie complète de 100 familles de paralytiques généraux comprenant 1,565 membres, sur lesquels nous n'avons trouvé que 4 aliénés, tandis qu'il existait 143 cas d'affections cérébrales, en dehors des malades eux-mêmes. On peut néanmoins rencontrer des paralytiques généraux issus de parents aliénés, mais on a remarqué que cette particularité se traduisait, chez les descendants, par *la forme vésanique*, *rémittente*, *circulaire*, *curable même*, qu'elle

imprime à la paralysie générale. J'ai rencontré, à plusieurs reprises consécutives, la consanguinité chez les ascendants des paralytiques généraux.

Sexe. — On a remarqué, de tout temps, que la paralysie générale était *plus fréquente dans le sexe masculin*, et aussi qu'elle devenait de plus en plus commune, chez l'homme, à mesure qu'on s'élevait *dans les classes élevées* de la société, tandis que le contraire existait chez la femme. L'étude spéciale que j'ai faite de la maladie, chez cette dernière, m'a permis d'arriver aux conclusions suivantes qui ne sont évidemment applicables qu'à la France : « 1° Dans la population des campagnes, la paralysie générale des aliénés est à peine *une fois et demie* plus fréquente chez l'homme que chez la femme et elle y est très rare dans les deux sexes ; 2° dans la population ouvrière des grandes villes, elle est *trois fois* plus fréquente chez l'homme que chez la femme et relativement commune dans les deux sexes ; 3° dans les classes élevées de la société, elle est près de *treize fois* plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et très commune chez le premier, tandis qu'elle est très rare chez cette dernière. Relativement au nombre d'aliénés, on trouve : 1° 3 *paralytiques hommes* sur 100 aliénés des campagnes et 2, 13 *paralytiques femmes* également sur 100 aliénés des campagnes; 2° dans la classe ouvrière des grandes villes, 23 *paralytiques hommes* sur 100 aliénées et 7, 7 *paralytiques femmes ;* 3° enfin, dans les classes élevées de la société, 33, 33 paralytiques hommes, et 2, 58 para-

lytiques femmes ». Mes recherches ont porté sur 7,552 aliénés des deux sexes, comprenant 868 paralytiques généraux. Non seulement la paralysie générale est moins fréquente chez la femme, mais elle présente, chez elle, quelques caractères spéciaux. Elle y survient parfois de meilleure heure, ou, au contraire, plus tardivement, et surtout à l'époque de l'âge critique; elle y affecte plus fréquemment la forme de *démence paralytique simple;* enfin, elle y *dure plus longtemps.*

Professions. — Ce sont les *professions libérales*, les gens intelligents et pour ainsi dire l'*élite de la société* qui fournissent à la paralysie générale son plus fort contingent, au moins chez les hommes. Elle est surtout fréquente chez les savants, les avocats, les médecins, les hommes de politique ou d'affaires, les artistes, chez les militaires et surtout chez les officiers.

Causes occasionnelles. — Le *surmenage intellectuel* est une cause puissante de paralysie générale. Les *excès* de tabac, d'alcool et, plus encore les *excès vénériens* prédisposent efficacement à cette maladie. On a signalé aussi, comme causes plus ou moins actives, les effets de l'*insolation* et du séjour dans une température surchauffée, la *ménopause,* la *suppression d'hémorrhoïdes* ou de la *menstruation*, les *traumatismes crâniens*, l'érysipèle de la face, la fièvre typhoïde, la syphilis — dont certains auteurs ont fait et font encore la cause capitale de la maladie — la pellagre, l'alcoolisme, le saturnisme, enfin l'ataxie locomotrice, et même dans quelques cas, dit-on, la diphthérie. La

paralysie générale n'aime pas certains terrains, comme le *terrain hystérique*. Elle ne s'y développe que très rarement, et lorsque, par exception, cela a lieu, il peut se produire, comme je l'ai indiqué, une espèce d'*antagonisme* entre la névrose et la paralysie générale, d'où résulte une action *suspensive* ou d'*arrêt* de la première sur la seconde. C'est même cette *antipathie* de la paralysie générale pour le terrain nerveux qui constituerait, à mon avis, une des raisons principales de sa fréquence moindre chez la femme.

Traitement. — Dans la majorité des cas, la paralysie générale n'est reconnue que lorsque son existence est déjà manifeste. Il est donc presque toujours impossible de songer à instituer un *traitement préventif.*

Il est très important de savoir dans quelles conditions la séquestration devient nécessaire dans la paralysie générale. Bien qu'il ne soit pas possible, à cet égard, d'établir de règle fixe, on peut dire d'une façon générale que l'*internement s'impose dans tous les cas où il y a folie, de quelque nature qu'elle soit*, *maniaque* ou *mélancolique*, tandis qu'il n'est pas absolument nécessaire dans les cas de démence paralytique simple. La séquestration doit être conseillée surtout au début de la maladie, lorsqu'il existe de l'*excitation maniaque*, car c'est à cette période, si justement appelée *période médico-légale* par M. Legrand du Saulle, que les malades sont portés à commettre des actes délictueux, surtout des vols absurdes, en tout cas, à se lancer dans des entreprises aventureuses et à dilapider leur fortune. Dans

le cas où il survient une rémission dans le cours de la maladie, il faut user d'une extrême prudence relativement à la mise en liberté des malades, car cette rémission n'est le plus souvent que temporaire, et en général même subordonnée au séjour du malade dans l'établissement d'aliénés.

Le *traitement médical* proprement dit de la paralysie générale comprend une infinité de moyens, dont aucun, malheureusement, n'a donné jusqu'ici de résultats réellement favorables. Ceux dont on a obtenu le meilleur effet, sont les *révulsifs à la nuque*, surtout le séton, le vésicatoire permanent, la cautérisation ponctuée à la région cervicale postérieure ; malheureusement, ils n'agissent guère qu'au début, et d'ailleurs, sont supportés avec impatience par les malades. Quant aux *frictions irritantes* sur le cuir chevelu, notamment avec la pommade stibiée, préconisée par certains auteurs, elles doivent être rejetées comme trop douloureuses et sans action réelle. Il en est de même des *eaux minérales,* des *bains de mer*, et surtout de l'*hydrothérapie*, très souvent prescrits aux paralytiques dans les premières périodes de leur affection, mais qui sont plutôt nuisibles qu'utiles et n'ont que trop souvent pour effet d'augmenter la tendance aux congestions cérébrales existant déjà chez les malades. On doit être également très sobre d'*émissions sanguines*, et n'y avoir recours que dans certains cas exceptionnels. Certains auteurs auraient obtenu de bons effets de l'emploi de *courants galvaniques* sur la moelle épinière.

Comme médicaments, on peut employer l'*iodure de*

potassium, à titre de fondant, et à dose modérée, et suivant les cas, les *sédatifs*, surtout l'opium, la morphine, la vératrine, l'hyoscyamine et le chloral, la digitale, l'ergotine, les *toniques amers*, les *ferrugineux*, mais surtout les *évacuants* qui, administrés de temps à autre à propos, peuvent exercer une action salutaire sur le cours de la maladie et surtout prévenir les complications congestives. Dans le cas d'attaques congestives, les sinapismes, les lavements purgatifs répétés, les bromures alcalins, associés ou non au chloral, doivent être employés. Enfin, les autres complications, telles que refus d'aliments, agitation incoercible, rétention d'urine, état gâteux, présence d'eschares au sacrum, maladies incidentes, etc., etc., réclament des soins hygiéniques et thérapeutiques appropriés.

DÉMENCE APOPLECTIQUE

Les lésions circonscrites du cerveau donnent rarement lieu à des accès de folie proprement dite ; le plus souvent, elles produisent une variété de *démence* qu'on a désignée sous le nom de *démence apoplectique*, *organique* ou *hémiplégique*, pour la différencier de la démence simple ou sénile. Parmi ces lésions, le ramollissement en foyer est celui qui détermine les troubles intellectuels les plus prononcés.

Il y a une période prodromique plus ou moins longue consistant en *tristesse* ou, au contraire, *excitation*, besoin de dormir continuel, *hallucinations*, surtout

visuelles, *obtusion* suivie d'hémiplégie, gauche ou droite, et dans ce dernier cas, presque toujours d'aphasie. Il est des cas où l'intelligence est respectée, mais le fait est rare, et le plus souvent, le malade reste inférieur à ce qu'il était auparavant; parfois même l'*affaiblissement intellectuel* suit une marche progressive, et aboutit finalement à la démence la plus complète, à laquelle peut s'associer un accès plus ou moins aigu de *manie* et surtout de *mélancolie*.

La particularité clinique la plus saillante de la démence apoplectique est la tendance à la *sensiblerie*, qui se manifeste chez les malades par une émotivité particulière, et des accès de pleurs à la moindre question qu'on leur pose. Suivant M. Luys, cette sensiblerie serait plus marquée dans les cas d'hémiplégie gauche que d'hémiplégie droite, et reconnaîtrait, comme localisation anatomique, une lésion de l'écorce qui répondrait à la partie supérieure de la *temporale droite* située au fond de la scissure de Sylvius.

Pour le reste, et à part les symptômes physiques, la démence apoplectique est à peu près analogue à la démence sénile.

§ II. — Folies liées aux maladies de la moelle

(*Ataxie lomotrice, sclérose en plaques*)

Ataxie locomotrice. — Les accès de folie proprement dite sont très rares dans l'ataxie locomotrice. On peut y rencontrer cependant la *mélancolie*, accompa-

gnée d'idées de suicide. Le plus souvent, dans les dernières périodes, il survient un *affaiblissement intellectuel* qui présente plus ou moins les caractères de la *démence apoplectique*. On sait aussi que la *paralysie générale* peut succéder à l'ataxie locomotrice (paralysie générale par propagation ou ascendante).

Sclérose en plaques. — La sclérose en plaques, comme l'ataxie locomotrice, peut déterminer un état d'*affaiblissement intellectuel* qui en raison du tremblement et de l'embarras de la parole qui existe assez fréquemment, rappelle, dans certains cas, de plus ou moins près la *démence paralytique*.

§ III. — Folies liées aux névroses

(*Épilepsie*, *Hystérie*, *Chorée*, *Paralysie agitante*, *Goître exophthalmique*)

Les troubles intellectuels liés aux névroses, ceux surtout qui viennent compliquer l'épilepsie et l'hystérie, sont décrits dans la plupart des ouvrages consacrés aux maladies nerveuses, et par conséquent connus de tous. Nous ne ferons que rappeler ici leurs caractères principaux.

ÉPILEPSIE

(*Folie épileptique*)

Nous avons à envisager successivement : l'*état*

mental des épileptiques et la *folie épileptique* proprement dite.

1° Etat mental des épileptiques. — Les épileptiques sont souvent très intelligents, lorsque l'épilepsie toutefois n'est pas entée sur une infirmité d'esprit, telle que l'imbécillité ou l'idiotie. Ce n'est qu'à la longue que les facultés s'altèrent ou s'affaiblissent. C'est surtout dans le *caractère* que se manifestent les troubles psychiques. Il y a à cet égard, deux catégories d'épileptiques, les uns sombres, taciturnes, défiants, ombrageux, toujours prêts à se fâcher, à blesser les gens, à s'emporter, à frapper ; les autres, au contraire, obséquieux, prévenants, câlins, pleins d'effusion et de douceur, mais le plus souvent, d'une douceur qui n'est qu'apparente et cache des griffes. En effet, tous les épileptiques sont sujets à des *crises de colère* et d'emportements terribles, violentes et furieuses, pendant lesquelles ils ne s'appartiennent plus et tueraient facilement quelqu'un. Les épileptiques ont souvent des vices et des instincts pervers ; ils sont gourmands, voleurs, masturbateurs, menteurs, etc. Ils ont fréquemment une tendance à la piété, non pas d'habitude à la piété sincère, mais à la piété maladive, à une espèce de religiosité outrée mêlée de tartufferie et qui n'est jamais aussi marquée qu'à l'époque de leurs accès. La note dominante de leur caractère est donc l'*irritabilité*.

Les troubles intellectuels en restent souvent là, soit constamment, soit dans l'intervalle des crises qui, elles, peuvent être accompagnées ou suivies de *courts*

accès délirants ou *impulsifs*. Mais souvent aussi, les épileptiques arrivent à la folie confirmée.

2° Folie épileptique.— Il y a lieu de distinguer dans la folie épileptique, la *folie intervallaire* aux accès et la *folie des crises convulsives*.

La *folie intervallaire aux accès* est assez rare, car l'épileptique n'est pas ordinairement en état de folie permanente ; le plus souvent, sa folie est *rémittente* ou *intermittente*. Cependant le fait peut exister, et, dans ce cas, la folie épileptique revêt une forme quelconque, *maniaque* ou *mélancolique*, quelquefois *mélancolico-maniaque*. Ses caractères spéciaux sont de s'accompagner le plus souvent d'*idées de persécution*, de *tendance à l'emportement* et surtout aux *impulsions irrésistibles* (homicide suicide), enfin, de coexister avec des *hallucinations terrifiantes*.

La *folie liée aux accès* mêmes peut survenir A - *avant*, B - *pendant*, C - *après l'attaque*.

A. — La *folie épileptique d'avant l'attaque* peut se traduire soit par une *excitation maniaque*, soit, au contraire, par une *dépression* plus ou moins grande précédant l'attaque de quelques jours ; mais ce qui est bien plus fréquent, c'est de voir l'attaque elle même être précédée d'*hallucinations*, surtout de la vue et de nature terrifiante.

Ces hallucinations peuvent consister dans la vue d'un spectre, d'une roue dentée, d'un objet gigantesque, d'une bête féroce ; ce peut être aussi une odeur désagréable, nauséabonde, ou bien, plus rarement, une hallucination de l'ouïe. En général, cette halluci-

nation se reproduit telle quelle aux attaques consécutives. Il est très fréquent de voir les malades faire le même geste ou prononcer les mêmes paroles au moment de tomber.

Quelquefois, la chute se produit aussitôt après l'hallucination ; sinon le malade a le temps de commettre un *acte insensé*, bizarre, ou de se livrer à un *délire* plus ou moins bruyant.

B. — A dater du moment où le cri se produit, où l'attaque a lieu, le malade perd la connaissance et la conscience ; aussi, la caractéristique de la *folie qui se produit durant l'accès d'épilepsie* est-elle l'*inconscience absolue*, la *perte du souvenir*. Ce signe est tellement caractéristique qu'on ne le retrouve, avec la même évidence, dans aucun genre de folie.

Pendant l'attaque elle-même, la folie ne peut se produire, sauf quand l'attaque convulsive n'existe pas et se trouve *remplacée par un accès de folie* (épilepsie larvée). L'accès de folie, dans ce cas, consiste ordinairement dans une *crise maniaque violente* qui peut durer un ou plusieurs jours et est suivie d'une *prostration* plus ou moins grande, allant quelquefois jusqu'à la *stupeur*. Mais plus souvent encore, l'attaque est remplacée par une *impulsion subite, instantanée*, et presque toujours la même, à l'homicide, au suicide, à l'incendie, à l'exhibition des organes génitaux, à un acte obscène, à un vol, etc., etc. A chaque nouvel accès, l'attaque est remplacée par une impulsion presque toujours la même et se produisant dans des conditions identiques. Ces cas sont plus fréquents

qu'on ne le pense généralement parce qu'on ne soupçonne pas l'épilepsie, à cause de l'absence de crises convulsives. Revenu à lui, le malade n'a pas *la moindre conscience* de ce qu'il a fait. Souvent, il est sorti, a marché pendant sa crise, et il est tout étonné de se retrouver, quelquefois ou bout d'un jour ou deux, très loin de son domicile, sans savoir comment il y est venu.

C. — La folie consécutive à l'attaque est, de toutes, la plus fréquente.

Elle peut se traduire par un accès de *dépression mélancolique*, pouvant aller jusqu'à la *stupeur*, avec prostration, immobilité, hébétude, hallucinations terrifiantes, etc. Elle peut, et c'est plus fréquent, être constituée par une crise d'*excitation* quelquefois très vive, avec loquacité, colère, emportements, impulsions, fureur.

Le plus souvent, il survient un accès de *manie aiguë* qui éclate brusquement, instantanément, plus ou moins longtemps après l'attaque, et s'accompagne d'un *délire bruyant*, incohérent, et surtout d'*impulsions soudaines* à la destruction, au meurtre, à l'incendie.

C'est le moment où les épileptiques sont *le plus dangereux*. Ils sont hors d'eux-mêmes et prennent un aspect terrible. Vultueux, rouges, les yeux saillants, les forces décuplées, ils brisent, détruisent, frappent avec une fureur aveugle tout qui se trouve devant eux.

Cet accès n'a pas d'habitude une *longue durée ;* au

bout de quelques jours, il s'apaise par degrés, pour reparaître aux attaques suivantes, en général avec les mêmes caractères et les mêmes particularités.

La folie épileptique se termine, au bout d'un temps plus ou moins long, par l'*affaiblissement intellectuel* et la *démence* qui, chez certains individus, peut revêtir, de plus ou moins près, l'aspect de la *démence paralytique* à sa période cachectique. Il est même des cas, où à ce moment, le diagnostic présente quelques difficultés.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la folie épileptique n'est en général pas difficile quand la folie s'accompagne d'attaque. Il est quelquefois très difficile quand l'épilepsie est larvée.

Les impulsions soudaines et instantanées, la répétition des mêmes faits avec les mêmes particularités, enfin et surtout l'inconscience absolue de l'accès sont caractéristiques de la folie épileptique.

Pronostic. — *Très grave.* Ordinairement sans ressources dans l'*épilepsia vera.*

Traitement. — Le *traitement* de la folie épileptique n'est autre que celui de l'épilepsie en général. Il consiste donc, avant tout, dans l'emploi prolongé des anti-nerveux et des antispasmodiques.

L'indication capitale, lorsque l'épilepsie s'accompagne de folie, consiste à *séquestrer* les malades. En raison des impulsions inconscientes et, pour la plupart dangereu es auxquelles ils sont si souvent sujets, il est en effet tres imprudent de les lais er en liberté. Même dans les établissements d'aliénés, ils nécessitent

presque toujours une surveillance spéciale, et l'on sait que la loi exige la séparation des épileptiques, lorsqu'ils sont en certain nombre, d'avec les autres aliénés.

HYSTÉRIE

(*Folie hystérique*)

Comme pour l'épilepsie, nous devons examiner successivement l'*état mental dans l'hystérie* et la *folie hystérique*.

1° État mental des hystériques. — Dès le jeune âge, les futures hystériques se révèlent, au point de vue mental, par des caractères particuliers. Ce sont, pour la plupart, des jeunes filles d'une grande vivacité intellectuelle, précoces à l'excès, impressionnables, coquettes, cherchant à fixer sur elles l'attention, habiles à feindre et à mentir, sujettes en outre à des troubles plus ou moins marqués, surtout aux terreurs nocturnes, aux rêves, aux cauchemars, souvent aussi aux palpitations et à l'anémie. L'hystérie une fois établie, l'état mental et moral de ses tributaires se caractérise surtout, du *côté de l'intelligence*, par une *mobilité excessive*, qui fait que les malades n'ont aucun esprit de suite, aucune idée arrêtée, et que, tout en étant capables de déployer, à l'occasion, une intelligence cultivée, brillante, surtout caustique, elles sont absolument hors d'état de mener à bien une chose sérieuse. Avec cela, une

tendance très manifeste à la *contradiction*, à la *controverse*, mais aussi à l'*imitation*, aux idées paradoxales, à toutes les opinions et les théories qui peuvent les distinguer et les mettre en évidence. *Moralement*, l'état est le même. *Caractère bizarre*, capricieux, fantasque, mobile à l'excès, sensibilité très vive et hors de propos avec les événements; changements perpétuels et subits dans les sentiments, les affections; enthousiasmes irréfléchis, duplicité, mensonge, fourberie infernale, propension brusque et intempestive aux actes les plus pervers et les plus criminels, comme aux actions d'humanité, de bravoure et d'éclat les plus méritoires; besoin constant de mouvement, de se donner en spectacle, d'occuper l'entourage, le public, la presse, et par conséquent, de provoquer des coups de théâtre ou de tisser les fils d'un roman inextricable, tels sont les caractères principaux de l'état moral des hystériques et qui peuvent se résumer dans ce fait, que tout, chez elles, est *mobilité* et *contraste : sentiments*, *affections*, *instincts* et *actes*. Quant à ce qui est des tendances sexuelles, dont on avait fait le signe pathognomonique de l'hystérie, il faut avouer que leur exagération n'est pas constante, et que, de ce côté-là, encore, il y a mobilité et excès, tantôt d'un côté tantôt de l'autre.

Tous ces désordres qui révèlent, en somme, un *manque absolu d'équilibre de l'être psychique*, chez les malades, et qui s'exagèrent presque toujours à l'occasion des divers événements de leur existence, surtout des grands processus de leur vie génitale, comme grossesse, menstruation, ménopause, peu-

vent, danscertains cas, aboutir à la folie confirmée.

2° Folie hystérique. — Comme dans l'épilepsie, il faut distinguer, dans l'hystérie, les *accès de folie liés aux attaques*, et la *folie intervallaire*. Les premiers sont désignés communément sous le nom de *délire hystérique* ; la seconde constitue la *folie hystérique proprement dite*.

A. Délire hystérique. — *Le délire hystérique*, c'est-à-dire l'accès de folie passagère lié à l'attaque convulsive, peut éclater *avant*, *pendant* ou *après* cette attaque.

Avant l'attaque, il se traduit dans les quelques jours qui précèdent, par un changement de caractère, par une tendance excessive soit à l'*excitation*, soit, au contraire, à la *dépression* ; à mesure que le moment de la crise approche, ces phénomènes s'exagèrent, et il s'y joint soit de l'*agitation* véritable avec idées confuses, propos incohérents, désordre des actes, soit de la *torpeur*, accompagnée souvent d'hallucinations de la vue, de l'ouïe ou de fausses sensations tactiles qui revêtent parfois le caractère unilatéral. Au moment où l'attaque commence, il se produit comme une espèce de détente, et ces symptômes cessent.

Pendant l'attaque, le délire se manifeste, soit au début, soit surtout à la fin, par une espèce de rêve en action qui éclate brusquement, et se traduit par une succession rapide et fugace des pensées les plus variées exprimées à haute voix sous forme de *monologues décousus, imagés* ; ce délire résulte des hallucinations multiples qu'éprouvent à ce moment les malades,

et détermine des gestes, des attitudes et des actes en rapport avec les conceptions qui le composent. La crise terminée, la raison revient.

L'attaque, elle-même, peut-être remplacée par un accès plus ou moins aigu de délire à *forme maniaque* ou *mélancolique*.

Après l'attaque, il se produit, d'habitude, soit une *crise d'excitation avec discours et rires bruyants*, soit plutôt une *période de torpeur*, de dépression, avec mutisme plus ou moins absolu, pleurs et sanglots.

B. Folie hystérique. — La *folie hystérique proprement dite* est celle qui survient chez les hystériques en dehors des attaques convulsives, sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, morale ou physique, quelquefois sans cause apparente.

Cette folie peut se manifester sous forme d'*accès de manie* ou de *mélancolie* plus ou moins aigus avec le cortège habituel des symptômes qui les accompagnent. Il est bien plus fréquent de voir la folie hystérique revêtir le *type raisonnant*, soit *maniaque*, soit *mélancolique*. Cette prédilection marquée de la folie hystérique pour la variété raisonnante explique ses principaux caractères qui sont: la *semi-conscience* qu'ont les malades de leur état, la *limitation* de leurs conceptions délirantes, quelles qu'elles soient, érotiques, mystiques, hypochondriaques, orgueilleuses ou de persécution, à la sphère des choses possibles et réalisables, ainsi que la *mobilité* de ces conceptions ; la *prédominance* des troubles psychiques dans les *facultés morales*, dans les *instincts* et dans les *actes*, ce qui donne

lieu à ces perversions affectives, à ces calomnies, accusations et dénonciations mensongères, à ces simulations de suicide, à ces affections érotiques ou platoniques insensées, à ces accès d'emportement, enfin, à ces impulsions morbides au vol, à l'incendie, au suicide et à l'homicide qui toujours portent la marque du fonds hystérique sur lequel elles ont poussé.

Plus rarement, il se produit un *accès de stupeur* avec mutisme, refus d'aliments, tendance irrésistible au suicide, etc.

Le *diagnostic* de la folie hystérique ne présente pas, en général, de difficultés, car, alors même qu'il y aurait absence de crises convulsives, les symptômes de la névrose sont si nombreux et si variés qu'il en existe certainement toujours quelques uns, suffisants pour faire reconnaître la véritable origine de l'aliénation mentale.

Le *pronostic* est relativement favorable, surtout lorsque les accès de folie sont franchement aigus. La guérison survient alors, suivant M. Moreau (de Tours), dans la moitié des cas. La folie à type raisonnant est beaucoup plus sérieuse et beaucoup plus tenace. Il faut noter enfin que, lorsque la folie hystérique se prolonge, elle finit presque toujours, au bout d'un temps plus ou moins long, par la *démence*.

Quant au *traitement*, il se confond avec celui de l'hystérie en général, et, comme cette dernière, la folie hystérique relève surtout de l'emploi des bromures alcalins, de l'opium, de la morphine, des antispasmodiques, de l'hydrothérapie, etc. La séques-

tration est souvent nécessaire, en raison surtout de la prédominance des troubles psychiques dans la sphère des actes.

CHORÉE

(*Folie choréique*)

Si les troubles de l'intelligence sont fréquents dans l'épilepsie et l'hystérie, ils sont, en revanche, beaucoup plus rares dans la chorée, et ne s'y manifestent environ que dans les deux tiers des cas, suivant Marcé. Ni l'âge ni le sexe des malades, pas plus que l'intensité ou l'acuité de la névrose ne paraissent avoir d'action spéciale sur la production de ces troubles, dont une prédisposition originelle peut seule donner la raison d'être; quoiqu'il en soit, il convient d'examiner successivement l'*état mental* et la *folie* des choréiques.

Etat mental des choréiques. — Au point de vue intellectuel, les troubles principaux que l'on rencontre chez les choréiques sont la *diminution de la mémoire* et de l'attention, la *mobilité des idées*, le défaut de consistance des souvenirs, l'*hébétude intellectuelle*. Mais ce qui caractérise surtout les malades à ce point de vue, c'est l'existence d'*hallucinations spéciales*, sur lesquelles a justement insisté Marcé. Ces hallucinations affectent presque toujours la vue, très rarement le goût, l'odorat, le tact et l'ouïe. Elles sont particulièrement fréquentes dans le sexe féminin, et ne se

manifestent guère avant l'âge de quatorze ans. Elles surviennent principalement le soir, dans l'état d'assoupissement intermédiaire à la veille et au sommeil, et se prolongent très souvent pendant l'état de rêve.

Elles ont toujours un caractère pénible, effrayant, fantastique. Il en résulte pour les choréiques beaucoup d'inquiétude et d'angoisse, et surtout une terreur du sommeil qui les fait se tenir éveillés ou tenter d'échapper à leurs visions en se cachant sous les couvertures. Lorsque les hallucinations se prolongent pendant le rêve, on observe des réveils en sursaut, des cris, des cauchemars. Ce symptôme est tantôt un signe avant coureur qui se manifeste plusieurs jours avant l'apparition des mouvements convulsifs ; tantôt, et plus fréquemment, il apparaît au moment où la chorée est à son paroxysme. Il peut persister, d'ailleurs, pendant plusieurs mois. Sa disparition est, en général, un signe d'un pronostic favorable, tandis qu'au contraire, son exacerbation croissante peut devenir le point de départ d'un véritable *délire maniaque*. *Moralement*, les troubles prédominants dans la chorée portent sur le *caractère*, qui se modifie, s'altère. La plupart des malades deviennent impressionnables, émotifs, irascibles, impatients, disputeurs, emportés et même violents. Ces troubles sont plus marqués chez les sujets dont les muscles phonateurs sont atteints par la chorée, et qui puisent, dans les efforts superflus qu'ils font pour parler distinctement, un aliment de plus à leur irritabilité.

Folie choréique. — La *folie choréique*, assez rare,

peut se présenter sous la *forme maniaque* ou sous la *forme mélancolique*.

La *forme maniaque* se révèle par des accès qui tantôt apparaissent dès le début de la chorée, mais, le plus souvent, ne surviennent que plusieurs jours après l'apparition des mouvements convulsifs. Quoiqu'il en soit, elle peut affecter les caractères de la *manie aiguë*, avec délire incohérent, agitation effrayante, cris rauques et inarticulés, paroles sans suite, ou même se présenter sous l'aspect d'un *délire aigu fébrile*, avec pouls à 120, peau brûlante, langue sèche, mâchonnement, sputation, agitation des plus violentes et incoercible, et quelquefois même, convulsions cloniques survenant par accès.

La *forme mélancolique* se traduit tantôt par un accès de *mélancolie délirante* qui vient se greffer sur les hallucinations déjà existantes, et par conséquent s'accompagne d'idées de persécution et d'empoisonnement, d'anxiété, de tendance à la sitiophobie et au suicide, tantôt par un *accès de mélancolie stupide* avec hébétude profonde, accès de pleurs, immobilité, terreurs et amnésie.

Les convulsions spéciales qui accompagnent ces divers états de folie ne peuvent laisser aucun doute sur leur nature, et par conséquent, le *diagnostic* de la folie choréique ne présente, en général, aucune difficulté.

Le *pronostic* est variable. Sans gravité lorsque les troubles psychiques ne dépassent pas les limites de ceux que nous avons indiqués à l'état mental, ou lorsque la folie se manifeste par un accès de

manie ou de mélancolie aigu, il devient très sérieux lorsqu'il s'agit d'un accès de stupeur et surtout d'un délire aigu.

Quant au *traitement*, il se confond avec celui de la névrose, et par conséquent, consiste principalement en affusions froides, bains sulfureux, valériane et antispasmodiques, bains tièdes prolongés, tartre stibié, opium à doses croissantes, strychnine, fer et toniques. Lorsqu'il s'agit d'un accès aigu d'excitation, la séquestration est, en outre, presque toujours nécessaire.

PARALYSIE AGITANTE

M. Ball et, plus récemment encore, d'autres auteurs, entre autres M. Parant, ont fait une étude spéciale des troubles intellectuels liés à la paralysie agitante. Il résulte de leurs travaux que si presque tous les sujets atteints de cette maladie ont des troubles plus ou moins marqués des idées, du caractère et des sentiments, ces troubles peuvent, dans certains cas, atteindre les proportions de la vraie folie. La folie, dans ce cas, se manifeste habituellement sous la *forme mélancolique* soit avec les caractères de la *mélancolie délirante* accompagnée d'idées de persécution et d'hallucinations, soit avec ceux de la *stupeur ;* les accès de folie ne sont point permanents et suivent d'habitude les oscillations de la maladie elle-même, pour disparaître en général au moment où cesse la trépidation.

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

On sait combien les malades atteints de goître exophthalmique sont, en général, fantasques, irritables, mobiles et inégaux dans leurs sentiments et leurs affections.

Dans certains cas, cette névrose s'accompagne d'une véritable folie qui revêt de préférence la *forme mélancolique* avec hallucinations, angoisse précordiale, vertige, et qui quelquefois peut affecter les caractères de la *manie aiguë* ou *subaiguë* avec délire ambitieux, excitation variable, etc. Il faut souvent, dans cet état de folie, faire la part de l'hystérie qui complique fréquemment la maladie de Basedow.

CHAPITRE XII

FOLIES ASSOCIÉES AUX MALADIES DES APPAREILS ORGANIQUES.

(*Folies sympathiques*)

§ I. — FOLIE SYMPATHIQUE EN GÉNÉRAL

Les folies liées aux maladies des appareils organiques sont de celles que le praticien est le plus exposé à rencontrer dans sa clientèle privée et que, par conséquent, il lui importe le plus de connaître. Aussi, ai-je cru devoir donner à ce chapitre des proportions qu'il n'a pas ailleurs, en raison de son importance pratique.

La folie sympathique pourrait être définie : « *toute folie développée sous l'influence d un processus physiologique ou pathologique de l'organisme, réagissant à distance, et indirectement, sur le cerveau* ». C'est dire que la folie sympathique se caractérise surtout : 1° par *la nature de sa cause organique*, qui peut être aussi bien *physiologique* que *pathologique* ; 2° par sa *imitation* à un viscere ou à un appareil plus ou moins

éloigné du cerveau, ce qui exclut par conséquent de son étiologie les maladies générales et les diathèses; 3° enfin par l'*absence de lien anatomique* ou *physiologique direct* entre le siège du processus organique et le cerveau, qui n'est atteint que par contre-coup.

Les processus organiques, susceptibles de produire ainsi la folie par contre-coup, sont très nombreux, et peuvent avoir pour siège la plupart des appareils de l'économie. Il est cependant deux fonctions qui affectent des rapports plus intimes et plus étroits avec la vie intellectuelle, même en l'état de santé et dont la souffrance influe plus particulièrement sur le cerveau. Ces deux fonctions sont la *fonction génitale* et la *fonction digestive*. Aussi, l'aliénation mentale qu'elles provoquent par leurs divers états morbides, peut-elle être regardée comme le type des folies sympathiques, fait qui n'avait pas échappé aux anciens, puisqu'ils considéraient la mélancolie et le suicide comme ayant leur point de départ dans une lésion des organes de l'abdomen.

Le *mode d'action* sur le cerveau de l'organe où siège le principe du mal est des plus variables. On peut cependant admettre que la sympathie, morbide ou non, est un *phénomène d'ordre nerveux*, et qu'elle est le résultat d'une *action réflexe*.

Quoi qu'il en soit de son mécanisme intime, la folie sympathique peut se manifester à un moment quelconque de l'existence du processus organique qui l'engendre, soit à son début, soit pendant son cours soit à son déclin.

Caractères. — Le *début* de la folie sympathique est rarement brusque; le plus souvent il est lent et progressif, et précédé d'une *période prémonitoire* plus ou moins longue, pendant laquelle l'intelligence et le caractère s'altèrent plus ou moins; dans ce cas, la folie n'est que l'aboutissant final d'une perturbation psychique progressive. La folie sympathique peut, cependant, éclater brusquement, et sans avoir été annoncée par aucun prodrome; mais alors, il est rare que cette apparition soudaine d'un élément nouveau, la folie, ne vienne pas modifier, dans un sens quelconque, le processus organique dont il est le résultat, soit en étant le signal d'une aggravation sensible, soit plutôt en faisant l'office d'une dérivation salutaire, en se substituant, dans une certaine mesure, à la lésion primitive. C'est alors qu'on peut voir les troubles délirants alterner avec les troubles organiques dont ils sont la conséquence éloignée, de façon qu'il existe une sorte de balancement pathologique entre les uns et les autres.

Quel que soit le mode de début de la folie sympathique et il est, comme nous l'avons dit, le plus souvent insidieux et progressif, son apparition est précédée, d'ordinaire, d'un changement dans la manière d'être du sujet, de modifications intellectuelles et morales qui peuvent exister à divers degrés et persister plus ou moins longtemps avant d'aboutir à l'aliénation mentale proprement dite. Parfois même, tout se borne à cette demi-perversion de l'état mental, qui reste indéfiniment stationnaire.

La folie sympathique revêt, en général, *la forme*

dépressive. On invoque, pour expliquer le fait, l'action morale exercée sur le sujet par l'affection organique dont il est atteint, et les préoccupations légitimes qu'entretiennent en lui les souffrances qu'il endure, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique et incurable. Mais outre que ce caractère lypémaniaque de la folie sympathique se rencontre non seulement chez des individus au courant de leur mal et qui, par conséquent, s'en affectent à bon droit, mais aussi chez ceux qui ne se savent pas malades, on peut objecter encore que, dans certains cas, la lésion viscérale, ignorée ou non, développe un état mental tout opposé, c'est-à-dire des idées d'optimisme et de satisfaction. Il faut donc admettre que si la folie sympathique se traduit le plus souvent sous des dehors mélancoliques, cela tient, non pas tant à l'effet moral produit par l'affection organique, qu'à la manière spéciale dont le cerveau est impressionné par cette affection.

Parfois, la *nature des conceptions délirantes est plus ou moins en rapport avec la nature et le siège de la lésion*. C'est ainsi que la folie liée aux diverses étapes de la vie génitale ou aux maladies de l'utérus s'accompagne fréquemment d'idées érotiques. Dans quelques cas, même, le mal local dont souffre le malade, souvent inconsciemment, devient en quelque sorte le point de départ et le pivot de son délire.

Mais ce ne sont là que des particularités cliniques plus ou moins saillantes. Au fond, la folie sympathique peut affecter une variété quelconque de *manie* ou de *mélancolie*, depuis le simple état d'*excitation* ou de *dépression* jusqu'à la *manie* ou à la *mélancolie aiguës*,

en passant par les formes intermédiaires. Parfois, elle revêt un caractère d'*intermittence* ou de *rémittence* plus ou moins marqué ; enfin, elle peut se présenter sous l'état de *folie à double forme.*

Marche, durée, pronostic. — La folie sympathique a une *marche spéciale*, en ce sens que son *évolution est subordonnée, dans son ensemble, à l'évolution du processus organique qui lui a donné naissance.* D'habitude, le trouble mental suit de près les fluctuations de l'affection viscérale, s'améliorant ou s'aggravant avec elle, pour persister ou disparaître, suivant que cette affection elle-même devient incurable ou se termine par la guérison. Il ne faut point admettre cependant, comme l'a fait Parchappe, qu'il n'y a de folie sympathique que celle qui se développe avec la souffrance d'un organe et disparaît immédiatement avec la cessation de la souffrance de cet organe. Il est des cas, nous l'avons dit, où l'apparition du délire est le signal d'une amélioration de la lésion organique, et où il s'établit une espèce d'alternance entre ces deux expressions pathologiques, l'une s'améliorant quand l'autre s'aggrave, et réciproquement. Dans d'autres cas, la folie coïncide avec la disparition du trouble organique, et celui-ci ne se reproduit que lorsque la folie disparaît à son tour. Enfin, la folie sympathique peut guérir, la lésion viscérale restant stationnaire, comme cela arrive parfois dans les affections utérines ou, inversement, le processus organique peut prendre fin, la folie persistant quand même, comme dans certains cas de folie puer-

pérale, surtout en récidive, où l'on voit les troubles intellectuels se maintenir et passer à l'état chronique, tandis que la fonction génitale est depuis longtemps revenue à l'état normal. Unies à leur origine, comme dit Marcé, les deux maladies se sont ensuite *dissociées* pour suivre chacune une marche indépendante.

C'est en raison de cette rupture possible de l'étroite solidarité qui lie entre elles les deux affections que la folie sympathique, bien que souvent consécutive à des processus morbides graves ou même incurables, est cependant le plus habituellement suivie de guérison.

Mais d'ordinaire, le *pronostic* de la *folie sympathique se lie à celui de la modification physiologique ou pathologique qui lui a donné naissance*. Bénigne et passagère comme celle-ci, dans tous les troubles fonctionnels, elle prend corps, s'accentue et s'établit d'une manière définitive dans les affections incurables. Aussi peut-on dire, dans une certaine mesure, que la durée et le pronostic de la folie sympathique sont subordonnés à la gravité de l'affection organique génératrice : indication qui peut être précieuse, sans être évidemment certaine, lorsqu'il s'agit de déterminer les chances de guérison de cette forme de folie.

Anatomie pathologique. — L'*anatomie pathologique* de la folie sympathique comprend trois éléments distincts : 1° les *lésions du cerveau*; 2° les *lésions organiques* qui, par réaction, ont donné naissance au désordre psychique ; 3° les *lésions intermédiaires aux deux précédentes*.

En ce qui concerne les *altérations anatomiques du*

cerveau, elles ne diffèrent en rien de celles que l'on observe d'habitude dans la folie, et se réduisent comme dans la plupart des délires vésaniques, à des perturbations fonctionnelles, à des troubles circulatoires qui ne laissent que peu de trace à l'autopsie.

Quant aux lésions des organes qui sont le point de départ éloigné de l'aliénation mentale, nous n'avons nul besoin d'y insister ici ; elles sont variables à l'infini, suivant l'appareil ou la fonction qui en sont le siège, et il suffit d'en indiquer la nature pour comprendre les altérations anatomiques qui doivent les accompagner.

Le point intéressant de la question consiste dans l'étude des *lésions intermédiaires* qui forment la chaîne entre les deux précédentes, et qui servent pour ainsi dire de lien, de trait d'union entre l'affection organique originelle et l'affection cérébrale consécutive. La détermination exacte de cet élément anatomo-pathologique éclairerait en effet d'un jour nouveau le mécanisme de la sympathie morbide, et nous mettrait sur la trace de l'essence même de la folie sympathique. Malheureusement, les recherches ne se sont guère portées de ce côté, pourtant si essentiel, et on en est encore réduit, sur ce point, à des conjectures. Seuls, les résultats obtenus par M. Voisin, quoique incomplets encore, sembleraient prouver que la folie sympathique est bien réellement, comme on l'avait pensé, le *résultat d'une action réflexe*, le contre-coup de l'affection d'un organe, transmise au cerveau par l'intermédiaire du *grand sympathique*.

Diagnostic. — Un cas de folie étant donné, est-il

possible de reconnaître s'il s'agit ou non d'une folie sympathique ?

Si l'on ne s'attache qu'aux caractères symptomatiques, la distinction est, la plupart du temps, impossible, car, ainsi que nous l'avons fait remarquer, la folie sympathique n'affecte pas, d'une façon générale, un type clinique spécial. C'est en vain, par exemple, qu'on tenterait de reconnaître dans un accès de manie aiguë, une folie puerpérale, en l'absence de renseignements, ou après la disparition des derniers vestiges extérieurs de l'état de parturition. Le seul fait qui autorise à rattacher cet accès à la puerpéralité est la connaissance qu'on peut avoir de l'accouchement et des circonstances au milieu desquelles s'est développée la folie ; en dehors de ces commémoratifs, le diagnostic de la folie sympathique est à peu près impossible. J'ai cité plus haut un fait qui me paraît probant à cet égard.

Le diagnostic de la folie sympathique ne peut donc être fait par la seule étude des symptômes, et il faut chercher ailleurs les éléments de la distinction à établir.

L'important, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas quelconque d'aliénation mentale, est de s'éclairer de la façon la plus complète sur les antécédents du malade, sur ses maladies antérieures, les circonstances physiologiques ou pathologiques qu'il traverse ou qu'il vient de traverser, de manière à établir s'il n'y a pas là une *condition fonctionnelle ou organique*, susceptible d'expliquer l'apparition de la folie.

L'important surtout, en dehors de ces renseignements est de ne jamais négliger, lorsqu'on examine

un aliéné, d'explorer les organes physiques, et de s'assurer de leur état. Trop longtemps les aliénistes ont été de purs psychologues, ne voyant dans la folie qu'une maladie de l'esprit, et n'en cherchant pas ailleurs les phénomènes constitutifs. Il ne faut jamais perdre de vue, comme M. Ball le dit avec Heinroth, que la folie est une maladie de l'être tout entier, et, par conséquent, que l'*exploration physique* est le complément nécessaire de l'étude psychologique de l'aliéné.

Certes, il ne faudrait point tomber dans l'excès opposé, ni, exagérant l'importance de l'étiologie organique de la folie, s'attacher uniquement à l'examen corporel et prendre par exemple, comme on l'a fait, le spéculum pour l'élément essentiel du diagnostic chez les femmes atteintes d'aliénation. D'habitude, on peut se borner à une revue sommaire des divers appareils, sauf à fixer sur eux son attention et à les soumettre à une étude approfondie, dans le cas où certains indices sembleraient faire supposer l'existence d'un trouble quelconque de ces appareils.

La coexistence d'une affection organique et d'un accès de folie étant établie, il ne s'ensuit pas, par cela seul, qu'on ait affaire à une folie sympathique, alors même que la maladie physique aurait précédé, pendant plus ou moins longtemps, l'apparition de la folie. On peut se trouver en face d'une *simple coïncidence*, et il reste encore à établir qu'il existe entre ces deux expressions pathologiques un rapport de cause à effet, à prouver que l'un est la conséquence éloignée de l'autre.

Ici, la preuve absolue, indéniable, fait le plus souvent défaut, et en l'absence du lien sympathique qu'il est impossible de saisir sur le vif, on ne peut avoir qu'une quasi-certitude. Le diagnostic se fait, dans ce cas, non seulement d'après cette circonstance d'une folie développée dans le cours d'une affection organique, ce qui, nous l'avons vu, ne prouve rien, mais surtout d'*après l'évolution réciproque des deux maladies*. Si la folie n'est pas d'origine sympathique, elle a, par ce fait même, une existence indépendante de la lésion viscérale, et sa marche n'est en rien liée à la marche de cette dernière. Lorsqu'au contraire la folie est véritablement sympathique, les rapports qui existent entre elle et l'affection qui l'a engendrée par contre-coup rendent leur évolution à toutes deux connexe. C'est alors qu'on voit ces deux états morbides s'améliorer, s'aggraver simultanément, ou au contraire se substituer l'un à l'autre et se remplacer chacun leur tour dans une sorte de balancement plus ou moins complet.

Enfin, le *traitement* est encore, dans ces cas, d'un grand secours, car il sert pour ainsi dire de pierre de touche et il apporte fréquemment la preuve matérielle qui avait fait défaut jusqu'alors, en déterminant l'amélioration ou la disparition d'une des deux maladies par l'amélioration ou la guérison de l'autre.

Traitement. — Le *traitement* de la folie sympathique, pour être logique, doit s'adresser évidemment à la lésion organique qui a été le point de départ des accidents cérébraux. C'est là, en effet, le plus souvent,

l'indication à remplir. Il est des circonstances cependant, où le rôle du médecin devient difficile, et où il est permis de se demander, comme l'ont fait remarquer certains auteurs, de quel côté doit se porter l'intervention. Cette difficulté thérapeutique se présente surtout dans les cas où les deux maladies se remplacent mutuellement, et où, par conséquent, le traitement opposé à l'une d'elles doit presque fatalement entraîner le retour de l'autre.

En *règle générale*, toutefois, c'est l'*affection primordiale qu'il faut combattre de préférence*, car de cette façon, c'est en somme à la cause première qu'on s'adresse, et on a, ainsi, bien plus de chance de voir se rompre le balancement pathologique, et les deux états morbides disparaître finalement l'un et l'autre.

Quant aux indications thérapeutiques applicables à chaque cas, on comprend qu'elles varient avec la nature de l'affection viscérale qui est en cause, et que, par conséquent, il est impossible de les énumérer ici.

§ II. — FOLIE LIÉE AUX MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX ET GÉNITO-URINAIRES

A. — Maladies de l'utérus et de ses annexes

(*Folie utérine*)

Si les processus physiologiques qui ont pour point de départ les organes de la génération sont fré-

quemment l'objet de troubles intellectuels, les maladies de ces organes le sont peut-être plus fréquemment encore.

En raison des liens si étroits qui unissent la vie génitale à la vie cérébrale, il n'est pas une seule affection de l'appareil génito-urinaire qui ne puisse, à la longue, retentir sur le cerveau et amener l'aliénation mentale.

C'est ainsi que, chez l'homme, on voit souvent l'*onanisme*, les *pertes séminales*, les *maladies de l'urèthre* et, en particulier la *blennorrhagie* et la *blennorrhée* affecter l'intelligence, déprimer l'individu, et amener progressivement, soit de l'*hypochondrie*, soit même un *état mélancolique* délirant avec tendance au suicide. Les auteurs et en particulier Lallemand dont on connaît l'ouvrage célèbre, ont rapporté un certain nombre de ces faits. Mais, en somme, les troubles psychiques liés aux affections des organes de la génération sont relativement rares dans le sexe masculin, tandis qu'au contraire ils sont assez fréquents dans le sexe féminin.

La plupart des femmes atteintes de *maladies organiques de l'utérus* tombent, peu à peu, en effet, dans la tristesse, la morosité, l'hystéricisme; elles changent de caractère et deviennent irritables à l'excès, souvent même emportées et violentes; parfois, enfin, elles franchissent un degré de plus et entrent de plain-pied dans le domaine de l'aliénation mentale.

Il résulterait de l'opinion générale des observateurs que le plus souvent, la forme que revêt l'aliénation mentale dans ces cas, est la *forme mélancolique* avec

tendance à l'*homicide* et *surtout au suicide*. M. Azam qui est allé plus loin encore dans la voie de cette affirmation, a établi, en se basant sur de nombreuses observations, que les folies sympathiques d'origine utérine prennent le plus souvent le type de la *lypémanie suicide ou homicide*, et que la fréquence de ce rapport sympathique est suffisant pour autoriser le praticien à rechercher, même en présence d'une cause morale apparente, s'il n'y a pas de lésions utérines chez toute lypémaniaque suicide ou homicide.

Il n'est pas douteux, en effet, que dans la plupart des cas, la folie liée aux affections utérines revête les caractères de la mélancolie, et que la propension au suicide y soit des plus fréquentes.

C'est surtout dans cette variété d'aliénation qu'on voit survenir, en même temps que des *idées érotiques* et *mystiques* plus ou moins marquées, ces *hallucinations bizarres du sens génital* qui font éprouver aux malades des sensations extraordinaires ayant un caractère de volupté pénible, et qui impriment une forme spéciale à leur délire. Ce sont ces aliénées qui prétendent qu'on se livre sur leur corps à des attouchements honteux, qu'on leur fait subir des épreuves dégoûtantes, qu'on leur introduit dans les parties toutes sortes d'objets, qu'on les viole la nuit en les forçant d'éprouver elles-mêmes la sensation du coït, qu'elles sont enceintes et sentent remuer leur enfant, qu'elles ont des animaux dans le ventre, qu'elles vont accoucher, etc., etc. Ce sont elles encore qui, pour se soustraire de toutes leurs forces à ces soi-disant attentats, imaginent et inventent les procédés

de protection les plus bizarres, s'attachent les jambes l'une sur l'autre pendant leur sommeil, se tamponnent la vulve à l'aide de vieux chiffons ou de serviettes, et même introduisent des corps étrangers profondément dans leur vagin. Parfois même il arrive que c'est le propre récit que font les malades de ces sensations extraordinaires qui attire l'attention sur leurs organes génitaux, et, en amenant la constatation d'une altération quelconque, permet de rattacher l'aliénation mentale à sa véritable cause.

La plupart des affections utérines sont susceptibles d'engendrer, par sympathie, l'aliénation mentale, et il ne paraît pas y en avoir, dans le nombre, qui soient douées à cet égard, d'une puissance spéciale. Il faut remarquer, cependant, que la plupart des cas qui ont été cités se rapportent soit à des *tumeurs fibreuses*, soit à des *déplacements de la matrice*, ce qui semblerait indiquer l'influence plus grande de ces deux états morbides sur les troubles de l'esprit. Mais de *simples ulcérations* ou *granulations du col utérin*, avec ou sans leucorrhée, sont suffisantes pour déterminer ces mêmes troubles. Quant au *carcinôme,* il s'accompagne très fréquemment aussi de folie, en *général lypémaniaque ;* mais ici, surtout aux dernières périodes, on peut invoquer, en même temps que la réaction sympathique, la généralisation de l'affection à toute l'économie et les effets directs de la dyscrasie sur le cerveau.

Quant aux *maladies des ovaires*, elles peuvent avoir aussi, quoique plus rarement, une certaine influence sur le développement de l'aliénation mentale. Le

docteur David Skae a même décrit une *manie ovarique* qui serait, suivant lui, le partage des vieilles filles, et se manifesterait le plus souvent par des *troubles de la passion sexuelle*, des *idées érotiques*, des *hallucinations génitales*. Quelques-unes de ces malades deviennent les héroïnes de procès scandaleux, et accusent devant la cour des hommes honorables de les avoir violées. Suivant l'auteur, cette maladie mentale se lierait toujours à une affection des ovaires ou des organes voisins.

Très souvent, le plus souvent pourrait-on dire, les désordres psychiques suivent exactement les phases des troubles utéro-ovariens, s'accentuant avec eux ou, au contraire, s'améliorant et disparaissant lorsque ceux-ci s'améliorent et disparaissent eux-mêmes. On a même cité des faits de disparition de la folie aussitôt après le redressement de la matrice par un pessaire, dans le cas de prolapsus utérin.

Ces faits, qui sont très curieux, établissent péremptoirement la relation qui existe entre le trouble mental et la lésion utérine, et la subordination de la marche du premier au processus de la dernière.

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, et parfois, comme nous l'avons déjà fait remarquer, on voit soit la lésion utérine disparaître, le trouble intellectuel persistant, soit plutôt le trouble intellectuel se dissiper, l'affection utérine restant stationnaire.

Il n'en est pas moins vrai qu'il ne faut jamais perdre de vue la fréquence de cette relation sympathique et porter son attention sur les organes de la génération non pas peut-être, comme le voulait M. Azam, chez

toutes les mélancoliques avec tendance au suicide ou à l'homicide, mais tout au moins chez les aliénés qui font intervenir l'appareil génital dans leur délire, et qui éprouvent ces hallucinations bizarres du sens génésique dont nous avons parlé plus haut.

B. — Affections des reins. Maladies de la vessie.

Les *maladies des reins* ne paraissent pas avoir une grande importance dans l'étiologie des maladies mentales. Il peut bien y avoir quelques cas où la folie présente une certaine relation avec ces maladies; mais le fait doit être rare, et il n'est pas possible de le généraliser. La plupart du temps, lorsqu'il survient des troubles psychiques sous l'influence d'affections rénales, il s'agit bien plus de *phénomènes cérébraux directs* produits par l'*intoxication urémique*, que de véritables phénomènes sympathiques.

Les *maladies de la vessie* et des *conduits urinaires* paraissent avoir une influence plus réelle sur le développement de la folie. Ce qu'il y a de certain, c'est que les individus affectés de *lithiase* et surtout de *cystite* et de *rétention d'urine*, sont pour la plupart, *mélancoliques*, *déprimés*, *hypochondriaques*, sujets au découragement et à l'inertie, parfois même portés au *suicide*. Il est bien établi, en effet, que la fonction urinaire est très souvent le point de départ de préoccupations maladives, et que les lésions chroniques de cette fonction engendrent fréquemment un état plus ou moins profond de *lypémanie*, qui peut, à la longue, aboutir à la folie proprement dite.

§ III. — FOLIES LIÉES AUX MALADIES DES VOIES DIGESTIVES, AUX MALADIES DU FOIE, AUX VERS INTESTINAUX.

A. — Affections des voies digestives

Il existe un rapport des plus étroits entre l'état intellectuel et l'état des fonctions digestives. Lorsque celles-ci sont troublées d'une façon quelconque, il est rare que ce trouble, s'il persiste, ne soit pas suivi d'un retentissement plus ou moins profond sur l'intelligence.

La *simple constipation* suffit, parfois, pour provoquer la dépression, la tristesse, même la mélancolie, et l'on connaît l'histoire de cette personne dont parle Guislain qui, chaque fois qu'elle était constipée, avait des hallucinations auditives et visuelles cessant avec la constipation. Il en est de même des *hémorrhoïdes*, dont le retour détermine, chez certains individus, des modifications du caractère et des sentiments plus ou moins marquées.

L'*angine simple* peut produire l'aliénation mentale. L'*embarras gastrique* est également susceptible de provoquer du refus d'aliments, des hallucinations du goût, du délire et de la folie.

Quant *aux maladies de l'intestin*, elles ont aussi une action très puissante sur le développement de l'aliénation mentale. On sait qu'Esquirol, généralisant trop vite quelques observations que le hasard avait réunies sous ses yeux, a affirmé que la *mélancolie était*

due au déplacement du côlon transverse. Wichmann, Hesselbach et Greding avaient déjà signalé le même fait. Bayle a également établi, dans sa thèse, que l'*entérite* et la *gastro-entérite* pouvaient amener, sympathiquement, des désordres cérébraux. Il cite comme phénomène caractéristique du trouble intellectuel provenant de cette cause, les *idées fixes d'empoisonnement*, qui conduisent les malades au *refus de nourriture.* Il semble, dit-il, que malgré le désordre survenu dans la faculté de perception, ils sentent la maladie dont sont atteints les organes de la digestion. Bergmann, à son tour, s'est attaché à prouver que la *mélancolie* et la *manie* dépendaient souvent d'un *rétrécissement du côlon.*

Enfin, dans un récent mémoire, le docteur Holthof établit que le *catarrhe duodénal*, surtout lorsqu'il est passé à l'état chronique, produit une *dépression* marquée chez les sujets qui en sont atteints ; mais chez les individus déjà prédisposés aux névroses, il peut devenir la source d'affections mentales plus sérieuses. Dans presque tous les cas, les symptômes sont ceux de l'*hypochondrie* ; d'autres fois, il se développe une *véritable mélancolie* avec idées de persécution, d'indignité, exagération maladive de la conscience, etc., etc., ou bien les malades deviennent inquiets, chagrins, querelleurs, d'une irritabilité excessive.

Les *altérations du péritoine* et *de ses replis,* le *mésentère* et les *épiploons*, peuvent également entraîner des désordres psychiques.

La plupart des affections gastro-intestinales, si bénignes qu'elles soient en apparence, sont donc sus-

ceptibles d'engendrer l'aliénation mentale. Mais de toutes celles qu'on voit ainsi réagir sur l'intelligence, en dehors du cancer, qui est une maladie généralisée, la *dyspepsie* occupe certainement la première place.

Tous ou presque tous les dyspeptiques présentent, à un degré quelconque, des troubles intellectuels, des bizarreries de caractère, des *accès de dépression* ou une tendance marquée à l'*irritabilité* et à l'emportement, une propension souvent irrésistible *au suicide*, mais surtout à la *dipsomanie*. Il n'est pas rare, non plus, de voir la dyspepsie conduire à l'aliénation mentale, et c'est particulièrement dans ces cas qu'on voit les troubles chroniques de l'estomac s'améliorer avec l'apparition de la folie, pour se manifester à nouveau quand celle-ci disparaît à son tour.

Dans une récente étude sur la *maladie cérébro-gastrique*, le docteur Leven a indiqué les rapports qui existent entre les affections de l'estomac et l'intelligence, et tracé le tableau des symptômes psychiques qui accompagnent la maladie. L'*affaiblissement intellectuel*, des *troubles sensoriels divers*, un *sentiment d'anéantissement* et de faiblesse extrême, enfin un véritable *délire hypochondriaque*, tels sont, d'après cet auteur, les phénomènes intellectuels qu'il est le plus fréquent d'observer.

Il faut ajouter, pour être complet, que les troubles dyspeptiques, qu'ils soient la véritable cause de la folie ou qu'ils soient survenus chez des individus déjà aliénés, déterminent habituellement deux symptômes d'ordre psychique presque caractéristiques. Ces symptômes sont : en premier lieu le *refus d'aliments*, si

intimement lié à la dyspepsie, qu'il n'est pas un seul sitiophobe qui ne présente, à un degré quelconque, des troubles gastriques. Le second symptôme consiste dans l'existence presque constante de ces troubles de la sensibilité qui ont été désignés sous le nom d'*hallucinations ou illusions internes*, et qui font croire aux malades que leur estomac ou leur abdomen sont le siège de maladies extraordinaires, qu'ils sont empoisonnés, que leurs aliments sentent le phosphore ou l'arsenic, qu'ils ont des animaux vivants dans le ventre, qu'ils sentent mauvais, qu'ils sont pourris, etc., etc. La conséquence habituelle de cet état mental est la *tendance au suicide*, qui, en effet, est très marquée dans la folie d'origine gastrique.

Le *pronostic* de l'aliénation mentale, dans tous ces cas, est presqu'entièrement subordonné à la nature et à la gravité de la maladie organique qui lui a donné naissance. Il n'est donc réellement sérieux que dans celles qui, par essence, sont peu susceptibles d'amélioration. Quant aux autres troubles symptomatiques, ils cèdent facilement, et c'est le cas du refus d'aliments dont nous parlions plus haut, sous l'influence de la médication, qui fait disparaître le trouble viscéral lui-même.

B. — Affections du foie et des canaux biliaires

(*Folie hépatique*)

Les *affections de foie et de ses annexes* jouent, dans la production de la folie sympathique, un rôle assez im-

portant ; de tout temps leur action a été admise, et la théorie ancienne qui fait du foie le point de départ exclusif de la mélancolie, n'est, au fond, que l'exagération de l'influence réelle de cet organe sur le fonctionnement de l'intelligence. De nos jours encore, un certain nombre d'auteurs, Burrow et Hammond entre autres, attribuent aux troubles hépatiques une des premières places dans le développement de l'aliénation mentale.

Parmi les affections du foie qui paraissent influer réellement sur l'état psychique, l'*hypertrophie* et surtout les *abcès* de cette glande viennent en première ligne. Dans un mémoire récent, lu à la société neurologique de New-York, le professeur Hammond a essayé d'établir, en s'appuyant sur plusieurs observations personnelles, que les abcès du foie s'accompagnent presque toujours d'un état plus ou moins marqué de *mélancolie* ou d'*hypochondrie*, et que la ponction de cet organe, en guérissant le mal local, détermine consécutivement la disparition des accidents intellectuels. Poussant les déductions pratiques de ce fait au delà peut-être des limites permises, le médecin américain conseille, dans tous les états d'hypochondrie ou de mélancolie, d'explorer avec soin la région du foie, et même si la fluctuation ne peut-être perçue ou si aucun autre signe d'abcès n'est découvert, l'aspiration, étant une opération sans danger, devra être pratiquée.

Sans aller aussi loin que le professeur Hammond, il est certain que les affections du foie peuvent devenir, dans certaines conditions, le point de départ

de troubles intellectuels qui prennent le plus souvent, dans ces cas, comme on l'a fait observer de tout temps, les caractères de la *mélancolie* et surtout de l'*hypochondrie*.

En dehors de l'hypertrophie et des abcès, les principales lésions du foie qui ont été signalées chez les aliénés sont des *tubercules* de différente grosseur, disséminés dans le parenchyme de la glande, des *dégénérescences graisseuses*, des *kystes hydatiques*, des *adhérences* avec le diaphragme, enfin la *conformation vicieuse* et la *situation anormale* de cet organe.

Les *affections organiques de la vésicule du fiel* et des *conduits biliaires* agissent probablement de la même manière que les lésions du foie lui-même. Dans certains cas, on a trouvé des obstructions des canaux biliaires; dans d'autres, la vésicule était atrophiée et remplie d'un liquide légèrement visqueux et presque incolore. Hayner a rencontré des vers dans le foie et dans la vésicule biliaire d'une femme affectée de délire mélancolique avec penchant au suicide.

Quant *aux calculs hépatiques*, ils sont extrêmement fréquents chez les aliénés, surtout chez les mélancoliques et les hypochondriaques, et il n'est pas d'observateur qui n'en ait trouvé, à l'autopsie de ces malades, souvent en quantité considérable, et d'un volume tel qu'on s'étonnait du peu de réaction par laquelle ils avaient manifesté leur présence.

Les *lésions des viscères abdominaux* que nous venons de passer en revue n'existent pas toujours isolément; elles se combinent souvent les unes aux autres, comme si elles étaient le résultat d'une modification des

plexus nerveux ganglionnaires qui enlacent tous ces viscères. De fait, Pinel et Romberg ont trouvé, dans certains cas, les ganglions du grand sympathique anormalement développés, et Bichat a vu le ganglion semi-lunaire cartilagineux sur le cadavre d'un homme amené à l'Hôtel-Dieu pour une manie périodique. Nous avons également cité plus haut les deux observations de M. Aug. Voisin, établissant l'altération du grand sympathique dans certains cas de folie par consensus.

C. — Helminthiase (Vers intestinaux)

(*Folie vermineuse*)

Bien que les vers, dont la présence se manifeste assez fréquemment par des troubles variés du système nerveux, puissent siéger dans une partie quelconque du corps humain, les phénomènes psychiques qu'ils déterminent nous ont paru trouver naturellement leur place à la suite des folies sympathiques liées aux lésions des organes de l'abdomen, en raison de la prédilection marquée des entozoaires pour ces organes, et aussi en raison du retentissement plus marqué de ces parasites sur l'état de l'intelligence, lorsqu'ils occupent l'intestin. D'ailleurs, la présence des vers dans les diverses parties des voies digestives se lie le plus souvent à une altération plus ou moins grande de ces parties, ce qui rapproche davantage encore leur mode d'action sur le développement de la folie.

Nous nous bornerons donc à signaler l'existence possible des entozoaires dans un point quelconque de l'économie, et leur influence sur les affections nerveuses et mentales, quel que soit leur siège; nous nous bornerons également à rappeler la fréquence de larves de diverse nature dans les sinus frontaux où elles paraissent déterminer plus spécialement ces phénomènes d'*épilepsie sympathique*, dont M. Legrand du Saulle a cité de nombreux exemples. Nous nous attacherons surtout à la question des vers intestinaux dont l'action sur l'état psychique est plus apparente et plus réelle, et rentre bien plus, incontestablement, dans le mécanisme habituel de la folie sympathique.

Quant aux vers qui peuvent sièger dans le cerveau, et notamment aux échinocoques, dont on a plusieurs fois signalé la présence chez les aliénés, nous n'avons pas à en parler ici, car il s'agit, dans ce cas, non plus d'une réaction sympathique, mais d'une irritation de voisinage, à l'instar de toute tumeur cérébrale, sur l'organe de la pensée.

C'est surtout dans les premières années de ce siècle qu'imbus des idées de Pinel sur la folie par consensus, certains auteurs songèrent à attribuer quelque importance aux vers intestinaux dans la production de la folie. Prost, dans son « coup d'œil physiologique sur la folie », a surtout défendu cette thèse et, comme tout novateur, poussant les choses à l'excès, il a fait dépendre l'aliénation, dans la plupart des cas, de la présence de vers dans l'intestin. Généralisant les faits qu'il avait observés et les faisant servir à l'érection d'une théorie complète, Prost admit que, très souvent,

les humeurs et surtout la bile s'altéraient, et que c'était dans la bile, ainsi altérée, que naissaient les vers dont la présence développait ultérieurement les troubles de l'intelligence. Cette subordination de l'origine des vers à un état morbide des organes splanchniques ramenait presque, comme on le voit, à la théorie de la folie par altération du foie ou du tube digestif.

Les idées de Prost, trop exclusives, ne furent acceptées, même de son temps, qu'avec une certaine réserve. Depuis cette époque, l'attention s'est plusieurs fois reportée sur la question; quelques cas ont été publiés, et il est généralement admis aujourd'hui que les vers intestinaux peuvent, dans certaines conditions, développer la folie par réaction sympathique.

Le Dr Vix, qui a fait une étude spéciale de l'helminthiase chez les aliénés, a constaté que les *affections nerveuses convulsives*, l'*éclampsie*, l'*hystérie*, etc., étaient de tous les désordres du système nerveux, les plus fréquents dans cette maladie. Lorsqu'il se produit un trouble mental, c'est surtout à l'*hypochondrie* et à *la manie* qu'on a affaire. D'après le même auteur, *certaines dispositions psychiques* et *certaines impulsions* seraient de plus, pour ainsi dire, spéciales dans la folie liée à l'helminthiase, et ces dispositions et impulsions varieraient suivant l'organe où siègent les vers, l'incitation réflexe produite par eux sur le cerveau variant, en effet, d'après le point du corps qu'ils occupent. Ainsi, parmi les aliénés qui offrent des particularités psychiques, huit pour cent sont atteints, d'après Vix, d'une affection vermineuse, et, parmi

les autres, on ne rencontre ni *tendance marquée aux instincts animaux*, ni *propension à la skatophagie*, c'est-à-dire à se nourrir d'excréments et d'ordures, ce qui semblerait indiquer que ces symptômes sont beaucoup plus fréquents dans la folie liée à l'helminthiase.

Du côté de la sensibilité, on remarquerait, le plus souvent, chez les malades, une perturbation quelconque, surtout l'*hypéresthésie*, et, chez quelques-uns, des *perversions variées du goût*. L'*excitation génitale* serait également fréquente dans le cours de l'affection, ainsi que l'*héméralopie*, dont l'existence serait liée plus particulièrement à la présence des oxyures.

L'helminthiase s'accompagnerait en outre, parfois, de troubles du système nerveux ou de phénomènes généraux, tels que : *convulsions*, *dilatation pupillaire*, *palpitations*, *bourdonnements*, *faiblesse des extrémités*, *pâleur cachectique*, etc. De plus, toujours d'après le Dr Vix, l'helminthiase serait plus souvent suivie d'aliénation chez la femme que chez l'homme. Enfin, chez la première, c'est le trichocéphale qui dominerait, tandis qu'on trouverait plutôt l'oxyure chez le second.

La *folie vermineuse* n'est pas en général tenace, et elle cède facilement aux anti-helminthiques. On sait cependant que certains vers sont quelquefois très difficiles à expulser, et qu'en outre, ils ont de la tendance à se reproduire, ce qui, dans une certaine mesure, complique le pronostic et rend possibles les rechutes.

§ IV. — MALADIES DU CŒUR

(*Folie cardiaque*)

Les affections du cœur exercent assez fréquemment une action funeste sur l'intelligence, et elles sont susceptibles de déterminer des troubles variés des sentiments et des idées, depuis le simple changement de caractère et les conceptions maladives rudimentaires, jusqu'à la folie confirmée.

La *folie dite cardiaque* n'est pas, à proprement parler, une folie sympathique, du moins si l'on s'en tient rigoureusement à l'acception du mot sympathique. Toutefois, comme il n'est guère possible de préciser les troubles circulatoires du cerveau qui se produisent dans les affections du cœur, comme, d'autre part, ces troubles circulatoires qui sont constants, étant des symptômes de la lésion cardiaque, sont loin de déterminer des troubles délirants et vésaniques chez tous les malades, il faut reconnaître que le système nerveux est un agent puissant, sinon le plus actif dans la production de la folie cardiaque, ce qui permet de continuer à considérer cette variété d'aliénation comme une *folie sympathique*, au sens large où nous avons entendu ce mot.

Toutes les maladies du cœur peuvent produire l'aliénation mentale ; mais celles dont l'action paraît la plus fréquente, en dehors du goître exophthalmique, dont l'histoire ne saurait trouver place ici, sont les *lésions mitrales* et les *lésions aortiques*. Cepen-

dant, les lésions des autres orifices peuvent aussi jouer un certain rôle, et M. Duplaix a rapporté tout récemment, dans l'*Encéphale*, un cas de folie avec agitation, hallucinations de la vue et de l'ouïe, idées de persécution, manifestement liée à une *insuffisance tricuspide.*

La *folie cardiaque* affecte le plus souvent la forme *mélancolique*, au moins dans les cas d'affections mitrales, car d'après certains auteurs et notamment M. d'Astros, qui a récemment défendu cette thèse, les *aortiques seraient des excités* et les *mitraux des déprimés* ; en sorte que les premiers aboutiraient plutôt à la *manie*, sous toutes ses formes, et les seconds à la *lypémanie.*

La *dépression*, chez ces malades, va quelquefois jusqu'à la *stupeur* ; la *tendance au suicide*, déjà signalée par Corvisart, est fréquente chez eux ; enfin, ils ont également une propension marquée aux *impulsions* et aux *actes morbides*, surtout à l'*emportement* et aux *actes de violence.*

Les *conceptions délirantes*, très variables, ne se présentent pas, chez eux, avec un type unique ; il semble cependant que les *idées de persécution* soient particulièrement fréquentes dans la folie cardiaque et elles forment souvent la base même du délire. Quant aux *hallucinations*, elles viennent très souvent se joindre à cet état mental, et dans ce cas, elles peuvent avoir quelque rapport de nature ou de caractère avec la maladie organique, comme chez cette cardiaque dont j'ai cité l'histoire autre part, et qui entendait une voix lui parler dans le cœur.

La folie cardiaque est une folie à *oscillations brusques*, à *ressauts*, *intermittente* ou plutôt *rémittente* dans ses allures et dans ses manifestations. Les troubles délirants subissent d'habitude l'influence de la maladie cardiaque. C'est au moment des recrudescences de cette maladie qu'ils sont le plus prononcés. Ainsi, Rownley a donné des soins à une dame, qui, au moment de l'exacerbation de ses souffrances, éprouvait un *penchant irrésistible au meurtre*. Tantôt elle aurait voulu immoler tous ses amis les plus chers ; tantôt elle dirigeait contre elle-même ses résolutions funestes. Quelquefois, au contraire, on observe une sorte de balancement contradictoire entre les troubles somatiques cardiaques et les troubles intellectuels.

La *folie cardiaque est grave*, par ce que la cause, la maladie du cœur, est permanente et incurable. Les accès de folie, qui le plus souvent affectent, comme nous l'avons dit, le type intermittent ou rémittent, guérissent d'ordinaire, mais le plus souvent ils se reproduisent et sont particulièrement sujets aux récidives.

Nous n'avons pas à parler ici des troubles intellectuels qui accompagnent parfois l'*asystolie*. Il ne s'agit plus dans ce cas, en effet, d'une véritable folie, mais d'une espèce de *délire toxique*, analogue à celui des deruières périodes de la phthisie.

DEUXIÈME PARTIE

APPLICATIONS
DE LA PATHOLOGIE MENTALE
A LA PRATIQUE

PREMIÈRE SECTION
PRATIQUE MÉDICALE

DIVISION

La pratique de l'aliénation mentale se divise naturellement en deux sections : 1° la *pratique médicale*, qui est relative au *traitement* des aliénés et aux divers points qui s'y rattachent ; 2° la *pratique médico-légale*, qui comprend l'étude médicale des questions *judiciaires* concernant les aliénés.

La *pratique médicale* est, sans contredit, celle qui intéresse le plus le médecin praticien, puisqu'elle a trait surtout aux rapports de tout ordre qu'il peut avoir avec les aliénés, soit pendant tout le cours de leur

maladie, lorsqu'ils restent en liberté, soit jusqu'au moment de leur entrée dans les asiles, lorsqu'ils sont destinés à la séquestration. Or, les divers points qui composent cette pratique n'ont jamais été formulés d'une façon précise, et il n'existe pas, à proprement parler, de code professionnel destiné à guider le médecin dans la pratique courante de l'aliénation mentale. Sans avoir nullement la prétention de combler cette lacune, j'ai pensé que dans un Manuel qui a surtout pour objet d'être pratique, et qui s'adresse plus particulièrement aux médecins non spécialistes, ces questions de pratique professionnelle devaient nécessairement occuper une place importante ; aussi, ai-je essayé de formuler quelques préceptes généraux, relativement aux principales situations dans lesquelles le médecin peut se trouver placé, dans la pratique, vis-à-vis des aliénés.

Ces situations me paraissent se résumer, d'une façon générale, dans les indications suivantes :

1° Le médecin est appelé auprès d'un individu présumé aliéné. Sa tâche consiste à rechercher si cet individu est réellement atteint d'aliénation mentale, et de quel genre. C'est là ce qu'on peut appeler le *diagnostic pratique de l'aliénation mentale*.

2° L'existence et la forme de l'aliénation mentale constatées, il reste à se prononcer sur la mesure à prendre suivant le cas, c'est-à-dire sur la nécessité ou la non nécessité de l'internement. Ce second point consiste donc essentiellement dans l'*appréciation médicale de l'opportunité de la séquestration*.

3° Ces points résolus, le rôle du médecin diffère, suivant qu'il y a lieu, ou non, de recourir à la séquestration. Si celle-ci s'impose, le médecin doit procéder aux formalités que lui prescrit la loi en pareil cas, et, à dater de ce moment, le malade est soumis à toutes les dispositions qui régissent la situation et le traitement des aliénés dans un établissement spécial. Il y a donc là deux choses distinctes : 1° le *placement des aliénés*; 2° la *situation* et le *traitement des aliénés séquestrés.*

4° Si la séquestration n'est pas reconnue nécessaire, ou ne peut s'effectuer, l'aliéné est laissé en liberté et le médecin adopte, suivant le cas, un traitement approprié. C'est là le *traitement des aliénés en liberté ou à domicile.*

5° Enfin, le médecin peut être appelé à intervenir dans certaines conditions, soit vis-à-vis des aliénés, soit vis-à-vis de leurs parents; par exemple, pour fixer les règles d'un traitement prophylactique au sujet de leurs enfants, et surtout pour donner son avis sur la question de l'hérédité au point de vue de l'avenir réservé à leurs descendants, ou d'un mariage à contracter par quelque membre de leur famille. C'est là, ce qu'on pourrait appeler la *déontologie médico-mentale.*

Nous allons étudier sommairement, dans des chapitres distincts, ces divers points de la pratique médicale de l'aliénation mentale, c'est-à-dire :

1° Le *diagnostic pratique de l'aliénation mentale* ;

2° L'*appréciation médicale de l'opportunité de la séquestration*;

3° Le *placement des aliénés dans les établissements spéciaux, la situation et le traitement des aliénés séquestrés*;

4° Le *traitement des aliénés en liberté ou à domicile*;

5° La *déontologie médico-mentale.*

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC PRATIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE

De même que le diagnostic, dans la clinique médicale ordinaire, se compose de deux éléments distincts : l'étude des commémoratifs et l'examen du malade, de même, et plus encore, en aliénation mentale, il est indispensable de se renseigner sur les antécédents du sujet avant de procéder à son interrogatoire et à son examen direct.

Mais, tandis que dans la clinique médicale ordinaire, le malade peut habituellement, et même mieux que personne, donner les renseignements qui sont utiles au médecin pour arriver au diagnostic, dans la clinique mentale il est presque toujours impossible de procéder de la sorte, et il devient nécessaire de puiser les commémoratifs à une autre source. La plupart des aliénés, en effet, ne peuvent fournir la moindre indication sérieuse sur leur passé : les uns, comme les dégénérés et les déments, par ce qu'ils en sont incapables ; d'autres, comme les agités incohérents, parce qu'il est impossible de fixer leur attention ; quelques-uns, comme les mélancoliques, parce qu'ils présentent un mutisme plus ou moins absolu ; d'autres

enfin, comme les persécutés, parce qu'ils sont réticents et qu'ils croient voir un piège dans chacune des questions qu'on leur pose.

C'est donc le plus souvent une faute que d'aborder directement l'aliéné sans informations préalables, et avant d'en arriver là, il convient d'interroger sa famille ou quelqu'un de ceux qui le touchent de plus près. On recueillera de cette façon des indications précieuses, capables de faciliter de beaucoup l'interrogatoire et le diagnostic à établir.

Commémoratifs. — Les renseignements à recueillir auprès des parents ou des proches comprennent : 1° l'*étude de la famille;* 2° celle des *antécédents personnels du malade.* Comme ils roulent le plus souvent sur des points d'une extrême délicatesse, le médecin, en les demandant, doit se montrer discret, réservé, user des plus grands ménagements, et faire comprendre aux personnes qu'il interroge que tous ces détails, loin d'être superflus, peuvent avoir, au contraire, une importance majeure. Malgré tout, il ne faut pas oublier que les renseignements que l'on obtient ainsi sont loin d'être l'expression exacte de la vérité. Soit par une ignorance de bonne foi, soit plus souvent encore par un sentiment de répugnance et de fausse honte très commun dans le monde, les familles trompent fréquemment le médecin sur la question des antécédents héréditaires. Aussi, peut-on, d'une façon générale, considérer comme au-dessous de la vérité les demi-aveux qu'on recueille à cet égard.

1° *Étude de la famille.* — Dans l'étude de la famille, il ne faut pas se borner uniquement à se renseigner sur le père et la mère du malade, c'est-à-dire sur ses ascendants directs. Il faut également se renseigner sur ses collatéraux et ses descendants, et surtout remonter dans l'ascendance jusqu'aux grands parents. Nous avons vu, en effet, que l'*hérédité*, dans certaines familles, saute parfois une génération pour peser de nouveau sur la suivante, en sorte que la folie d'un individu, laissant indemnes ses descendants immédiats, ou tout au moins demeurant chez eux indéfiniment latente, peut n'éclater que chez ses petits-enfants. Il convient donc de s'informer, si, parmi les générateurs paternels ou maternels, comme chez les descendants ou les collatéraux, il n'a pas existé de cas bien avérés d'*aliénation mentale*, d'*affections cérébrales*, de *maladies de la moelle*, de *névroses*, d'*alcoolisme*, de *suicide*, de *vices anormaux* ou de *criminalité*, de *surdi-mutité*, de *consanguinité*, de *diathèses* en général (tuberculose, cancer, syphilis) ou, tout simplement, des cas d'*excentricité* ou d'*organisation psychique défectueuse* ; car, ainsi que l'a fait justement remarquer Morel, très souvent la folie ne naît pas directement de la folie, mais bien d'une *prédisposition* qui ne s'est traduite chez les ascendants que par une simple bizarrerie dans le caractère, par une tendance insolite à la tristesse ou à l'excitation. A ces renseignements, il faut en joindre certains autres dont la connaissance peut avoir quelque intérêt. Ainsi, il est bon de savoir, quand on le peut, si le malade n'est pas un enfant naturel, si, à l'époque de sa conception

présumée, ses parents étaient jeunes ou vieux, s'ils étaient sous l'influence d'une excitation alcoolique, de la convalescence d'une maladie longue et grave, d'un épuisement quelconque, etc., etc. Il est, en effet, très important de spécifier la nature des affections ou des particularités morbides qui ont pu exister dans la famille, car tous les genres d'aliénation n'ont pas la même origine et ne reconnaissent pas la même hérédité. Ainsi, on tend à admettre aujourd'hui que les paralytiques généraux ne naissent pas ordinairement d'*aliénés* mais de *cérébraux*, tandis que les aliénés proprement dits naissent, eux, d'*aliénés* ou *vésaniques*. On sait aussi que certaines variétés de folies telles que la folie à double forme, le suicide, etc., proviennent souvent d'une forme semblable chez les ascendants, tandis que dans les autres, l'hérédité est, en général, dissemblable. On comprend que ces indications, tirées de l'hérédité et de la forme de l'hérédité, puissent avoir une importance dans le cas ou le diagnostic présenterait des difficultés, dans celui, par exemple, où il s'agirait d'établir ou de repousser l'existence d'une paralysie générale. Dans ce cas, la constatation assurée de vésaniques dans l'ascendance constituerait une probabilité contre le fait de la paralysie générale, que tendrait à confirmer, au contraire, l'existence d'apoplectiques ou d'hémiplégiques parmi les générateurs directs.

L'importante question de l'hérédité résolue, non seulement dans son existence proprement dite, mais encore dans tous ses caractères de multiplicité, de complexité, de forme, etc., il importe aussi d'étudier

la famille du malade dans sa constitution générale, dans les principales manifestations de sa vie, dans ce que nous avons récemment étudié, avec M. Ball, sous le nom de *caractères biologiques* de la famille. Les principaux de ces caractères sont : la *longévité* ou durée de la vie, *plus longue* en général dans les familles d'aliénés ; la *natalité* ou chiffre moyen des naissances, *plus élevé* également dans les familles d'aliénés, surtout chez les cérébraux ; la *vitalité* ou puissance de vie, *moindre* au contraire, surtout au bas âge, dans les familles d'aliénés. On peut trouver là certains indices, certaines particularités qui trahissent la tare héréditaire et démontrent manifestement la dégénérescence et la forme de la dégénérescence qui pèse sur la race.

2° *Antécédents du malade.* — La famille du malade connue, aussi bien sa descendance que son ascendance, il faut *se renseigner sur son propre compte*, et cela, depuis l'époque de sa naissance jusqu'à l'heure même où l'on est appelé auprès de lui. Cette enquête comprend donc deux termes bien distincts : — A. *histoire de la vie du sujet jusqu'à sa maladie* ; B. — *histoire de sa maladie*.

A. — Relativement au premier point, on doit s'enquérir rapidement de tous les faits saillants de la vie du malade, de son âge, de son état civil, de sa constitution physique, intellectuelle et morale, de sa ressemblance, à l'un de ces points de vue, avec tel ou tel de ses ascendants, du degré de culture de son esprit, de son caractère, de ses goûts, de ses sentiments re-

ligieux, de ses instincts, de ses habitudes et de ses penchants ; demander s'il est nerveux et impressionnable ; à quelle époque est survenue la puberté et de quelle façon elle s'est accomplie ; si c'est une femme, comment se comportent les règles, si elles sont supprimées, difficiles ou normales, et si leur retour périodique s'accompagne de troubles nerveux ou psychiques ; s'il y a eu une ou plusieurs grossesses et comment elles se sont passées ; s'informer si le malade n'a pas été ou n'est pas atteint encore de quelque affection grave (méningite, convulsions, fièvre typhoïde, affection viscérale ou diathèse quelconque, surtout accès antérieur d'aliénation mentale) ; s'il n'a pas reçu de blessures et en particulier de coups sur la tête, s'il n'a pas commis d'excès vénériens ou alcooliques ; s'il n'a pas abusé du tabac, de la morphine ou de quelqu'autre poison ; si sa profession ne l'expose pas à quelque intoxication ou à quelque inconvénient sérieux ;s'il a eu des chagrins domestiques, des revers de fortune, une joie inattendue ; s'il a passé subitement d'une vie active à une vie de repos, ou inversement, etc. etc. En un mot, il faut ne laisser aucun point dans l'ombre et tâcher d'arriver exactement à la connaissance du passé du sujet.

B. — Passant alors à la maladie qu'il s'agit de déterminer, il faut demander aux parents quelle est, suivant eux, sa cause ou ses causes probables, morales ou matérielles ; quels ont été son mode de début, ses premières manifestations intellectuelles et physiques, la marche qu'elle a suivie depuis son origine ; s'enquérir de la conduite actuelle du patient, de la na-

ture de ses idées, de ses discours, des actes qu'il commet; s'informer de l'état de ses fonctions organiques, surtout de ses fonctions digestive et génitale, et avant tout, de son *sommeil*.

Toutes les fois qu'on le peut, on doit se faire aussi présenter des écrits du malade et les comparer à d'autres de ses écrits, pris à diverses époques antérieures. Les autographes des aliénés méritent en effet de fixer toute l'attention du médecin, car ils portent souvent la marque directe, l'empreinte caractéristique du trouble des facultés, soit au point de vue de la *forme*, comme représentation graphique, soit au point de vue du *fonds*, comme mode d'expression des idées délirantes.

L'interrogatoire de la famille terminé, on se trouve déjà en possession de renseignements précieux qui permettent dès lors de procéder avec fruit à l'examen du malade lui-même.

Examen du malade. — Il peut arriver qu'on ait affaire à un malade alité, avec plus ou moins de fièvre, ou atteint d'une affection viscérale aiguë compliquée de délire ; dans ce cas, on peut aborder le sujet comme un malade ordinaire, et le diagnostic consiste à déterminer l'existence de l'affection organique et à spécifier la nature du délire, *fébrile* ou *vésanique*, qui l'accompagne. Nous avons vu, dans la première partie de cet ouvrage, sur quelles bases reposait cette distinction, en général facile à établir.

Le plus souvent, il s'agit d'un aliéné qui continue, dans une certaine mesure, à aller et venir, à vivre de

la vie commune, et qui est encore à demi susceptible de comprendre ce qui se passe autour de lui et de soutenir une conversation. C'est donc surtout ce cas qu'il nous faut avoir en vue, dans notre étude.

Et d'abord, comment aborder le malade ? C'est là, dans l'espèce, une question des plus importantes, et qui présente certaines difficultés. Dans la pratique médicale ordinaire, en effet, le malade, loin de redouter la visite du médecin, le désire avec impatience, l'attend même parfois comme un sauveur, en sorte que les rapports de l'un à l'autre sont des plus aisés. Le propre de la folie, au contraire, est l'inconscience, et la plupart des aliénés, ignorants de leur état, se considèrent comme des gens absolument sains d'esprit. Dès lors, les aborder en médecin, à moins qu'il ne s'agisse d'une démence profonde ou d'un état maniaque violent les rendant indifférents à tout ce qui les entoure, c'est courir grand risque non seulement de tout gâter et de n'arriver à aucun résultat, mais encore de les voir s'emporter, devenir violents, et parfois même se livrer à des injures, à des menaces et à des violences regrettables.

Comment tourner cette difficulté ? Certains auteurs ont proposé, lorsqu'il n'est pas possible d'aborder le malade en homme de l'art, de profiter de la connaissance qu'on peut avoir de son délire pour s'introduire auprès de lui en jouant un rôle de circonstance. Est-ce un mégalomane, qui se croit possesseur d'une immense fortune, général, prince ou potentat? On l'aborde en homme d'affaires chargé de proposer un

achat, en banquier, en ambassadeur d'une puissance amie. Est-ce, au contraire, un persécuté ? On se présente en policier, en magistrat chargé de faire une enquête sur les persécutions dont il est l'objet et de lui faire rendre justice. Et ainsi de suite, chaque forme de délire servant de base au médecin pour le rôle qu'il doit jouer. D'autres auteurs, le surintendant Mac-Donald, entr'autres, affirment que tous ces travestissements sont indignes d'un médecin et qu'on ne doit, dans aucun cas, y avoir recours ; d'autant que le plus souvent les aliénés éventent la mèche et se font parfois un malin plaisir de rendre le médecin ridicule dans son rôle d'emprunt : témoin cet aliéné mystique auquel M. Mac-Donald lui-même s'était donné comme prêtre protestant, et qui obligeait méchamment le pauvre docteur à réciter les grâces à table, et à lui répondre sur les questions les plus ardues de la théologie. En réalité, on ne peut poser, à cet égard, aucune règle fixe. En principe, il vaut mieux, toutes les fois qu'on le peut, se présenter carrément en médecin, sauf à essuyer le premier feu de la colère du malade ; il est rare qu'avec de la patience et de l'habitude on n'arrive pas bientôt à s'emparer de son esprit. Ce n'est que dans le cas où il est impossible de faire autrement, que le médecin peut cacher sa véritable personnalité sous des dehors d'emprunt ; encore faut-il se garder de se prêter à toutes les fantaisies des familles qui, sous le futile prétexte de ne pas effrayer le patient, inventent quelquefois les comédies les plus ridicules et vont jusqu'à demander au médecin de se donner comme un tailleur venu pour lui prendre mesure, ou comme

un marchand quelconque, sollicitant sa pratique. Les rôles les plus simples sont toujours les meilleurs. Une des combinaisons préférables est de se présenter en médecin venu pour une autre personne de la famille (femme, enfants, etc.) ; la santé de cette personne, dont on parle d'abord au malade, est un sujet de conversation très propice qui permet de le conduire tout naturellement, et presque à son insu, sur le terrain de sa propre santé.

Une fois en présence du malade, qu'il faut toujours *savoir reconnaître* et deviner au milieu des personnes de son entourage, lorsqu'on le voit pour la première fois et en compagnie, sous peine de commettre les confusions les plus regrettables, il *faut éviter de l'attaquer de front* et de l'interroger brutalement sur l'objet de son délire. On ne doit pas perdre de vue, en effet, qu'on se trouve en présence d'une place à enlever, d'un véritable siège à faire.

L'entretien ne doit donc porter tout d'abord que sur des questions insignifiantes et d'ordre banal, et c'est par une série de transitions habilement ménagées et en profitant de tout ce qui peut échapper au malade, qu'on l'amène, à son insu, sur le terrain pathologique. On profite d'ailleurs des premiers instants pour se livrer à l'*inspection du sujet*, pour juger l'ensemble et les détails de son état physique qui peut fournir les indications les plus précieuses et qui même, dans certains cas, trahit à lui seul le diagnostic. C'est ainsi que la microcéphalie, le prognathisme, le déplissement des oreilles, la surdi-mutité, la blésité et, en général, les malformations et les arrêts de développement,

sont l'indice d'une dégénérescence intellectuelle et morale ; l'asymétrie excessive de la face fait songer à l'épilepsie ; l'hémiplégie dénonce la démence apoplectique ; l'embarras de la parole à lui seul, à plus forte raison lorsqu'il s'accompagne de tremblement et d'inégalité des pupilles, suffit, le plus souvent, pour faire reconnaître la paralysie générale ; le tremblement très marqué des mains révèle l'alcoolisme ; l'agitation, les actes désordonnés, les cris incessants, l'incohérence, l'animation de la face et du regard dénotent la manie ; la dépression, l'accablement, l'immobilité, l'abaissement de la tête, la couleur violacée des téguments, l'odeur infecte de l'haleine, les cicatrices dans certains lieux de prédilection, notamment à la tête, au cou, témoignages accusateurs d'une ou de plusieurs tentatives de suicide, indiquent la mélancolie ; l'attitude sombre, hautaine, méfiante d'individus aux yeux fixement ouverts et méchants, indique le persécuté halluciné ; l'étrangeté du costume, l'arrangement spécial de la tête, de la coiffure et de la barbe, les rubans de couleur, les médailles et chapelets portés d'une façon ostensible, l'attitude majestueuse et digne trahissent la folie partielle, surtout la mégalomanie ; et ainsi du reste, la seule inspection physique, qu'on néglige trop, le plus souvent, révélant des particularités intéressantes qui, aidées des renseignements déjà acquis, suffisent parfois pour éclairer complètement l'observateur. Il est bon, en même temps, de jeter un coup d'œil sur l'*appartement* du malade, qui, dans sa disposition générale, comme dans l'arrangement de certaines parties, de certains

meubles ou objets accessoires présente, parfois, des indices caractéristiques de folie.

Pendant ce temps, la conversation a fait du chemin, et on s'est emparé peu à peu de l'esprit du sujet, au point de *l'amener progressivement sur le terrain de son délire*. Arrivé là, il n'y a plus de ligne de conduite invariable à suivre, pas plus qu'il n'existe un ordre méthodique de questions à poser. Tout est subordonné à la nature de la maladie et à l'attitude du malade. Aussi, peut-on établir en principe que *le cours de la conversation, loin d'être arrêté d'avance et de consister dans une série de questions toutes faites*, *et posées dans un ordre déterminé*, *doit plutôt être guidé par le patient lui-même*. Le médecin, sans perdre un instant de vue son objectif, *doit laisser parler le malade*, l'écouter sans l'interrompre, même s'il rapporte certains détails oiseux, en se bornant à le ramener à son sujet lorsqu'il s'en écarte, et à le serrer de plus en plus près. On en arrive ainsi à éclaircir tous les points du problème et à pénétrer jusqu'aux sentiments les plus intimes et les plus secrets de l'aliéné.

Quel que soit le cas qui se présente, il ne faut jamais oublier qu'on a deux choses essentielles et bien distinctes à constater : 1° l'état du *fonds intellectuel*, c'est-à-dire l'intelligence au point de vue *quantitatif* ; 2° l'état du *fonctionnement intellectuel*, c'est-à-dire l'intelligence au point de vue *qualitatif*. L'étude du premier point servira à indiquer si les facultés psychiques du malade sont *normalement développées* ou *intégralement conservées*, c'est-à-dire s'il y a ou s'il n'y a pas *infirmité cérébrale*, *congénitale* ou *acquise* ;

l'étude du second point précisera si les facultés, normalement constituées ou non, *travaillent à faux*, c'est-à-dire s'il y a *folie*, et de quel genre.

Pour mesurer au point de vue *quantitatif*, le niveau psychique du sujet, on doit prendre pour terme de comparaison, ce qu'on sait, par les renseignements préalables, de l'état antérieur de ses facultés, et y rapporter l'état que l'on constate, en se servant comme moyens de mensuration de questions diverses, de souvenirs évoqués, de dates et de calculs adroitement demandés, de quelques lignes qu'on fait écrire, d'appréciations littéraires, philosophiques ou morales que l'on provoque, et qui permettent de juger du fonds de l'intelligence, et surtout de l'état de la mémoire, de l'idéation, du raisonnement, du jugement et du sens moral. Ce point important du problème acquis, et il est le plus souvent facile de l'élucider, à moins que le degré de démence ou de faiblesse d'esprit soit très peu marqué, on cherche à résoudre le second point qui consiste à savoir si le malade est atteint de folie, et de quel genre.

Les renseignements qu'on a recueillis de la bouche de la famille, joints à ceux qu'on a tirés soi-même de l'inspection du sujet et des questions qu'on lui a posées, ont déjà permis de s'assurer s'il est réellement atteint d'un *trouble mental*. Quant à la question de savoir si ce trouble mental constitue ou non un état de *véritable folie*, ce problème, facile à résoudre dans la plupart des cas, peut, dans certains autres, soulever les plus grandes difficultés ; car, ainsi que nous l'avons dejà fait ressortir dans la première partie de

cet ouvrage, il n'existe pas, à proprement parler, de *criterium absolu* de la folie. C'est surtout sur l'état du *libre arbitre* qu'il faut alors se baser ; car, ce qui importe avant tout, c'est d'apprécier si le malade est encore son maître et domine son mal, ou, au contraire, s'il a perdu la libre direction de ses actes et se trouve soumis plus ou moins complètement à ses penchants morbides. Au cas d'ailleurs où il s'agirait d'un de ces faits exceptionnellement douteux de *semi-folie* dont l'appréciation exacte est si difficile, on aurait toujours la ressource soit de réclamer un supplément d'enquête, soit de faire appel aux lumières d'un autre confrère.

L'existence de la folie constatée, il reste à en déterminer la *forme*, et, lorsqu'on a affaire à une *folie généralisée*, à préciser s'il s'agit d'un état *essentiel* ou d'un état *symptomatique* ou *sympathique*. C'est là un complément indispensable du diagnostic qu'on ne peut résoudre d'une façon satisfaisante qu'en ayant bien présents à l'esprit les éléments primitifs de l'aliénation mentale et la façon dont ces éléments s'enchaînent pour constituer les diverses formes de folie. Ainsi, un trouble général de l'activité, *excitation* ou *dépression*, dénote un état de *manie* ou de *mélancolie*, tandis que l'absence de ce trouble général indique la *folie partielle* ; de même, la mobilité dans les idées, l'incohérence, les illusions sensorielles et mentales, l'excitation désordonnée des discours et des actes caractérisent la *manie aiguë* ; les conceptions délirantes tristes, les idées de culpabilité, d'humilité, de ruine, de damnation, de perdition, les hallucina-

tions, le refus de parler, de manger, de bouger, les idées de suicide sont le propre de la *mélancolie* ; le délire systématisé cohérent, soit de persécution, soit de mysticisme, les hallucinations de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale, la réticence, les impulsions appartiennent aux *folies partielles*, etc., etc. ; en un mot, pour distinguer les uns des autres, dans la pratique, les divers genres de folie, il faut nécessairement connaître les principaux symptômes de chacun d'eux.

C'est en ne perdant pas de vue cet objectif qu'on procédera à l'interrogatoire du malade, et qu'on arrivera à déterminer les particularités de son affection mentale, c'est-à-dire, suivant les cas, la nature et l'intensité de ses conceptions délirantes, ses hallucinations, ses aberrations intellectuelles, morales et affectives, ses préoccupations, ses désirs, ses projets, ses espérances pathologiques, ses entraînements et ses impulsions.

On comprend qu'il ne soit pas possible de tracer de règles fixes relativement aux formules à adopter dans l'interrogatoire ni d'indiquer, par conséquent, un questionnaire tout fait. Ce qu'il importe de rappeler, c'est que, quel que soit son état, il convient de *traiter toujours le malade avec la plus exquise politesse* et les *plus grands égards*, car, pour si profondément atteints qu'ils soient, les aliénés sont toujours sensibles aux procédés d'urbanité et aux marques de déférence qu'on leur prodigue. C'est du reste en grande partie par ce moyen qu'on arrive à capter leur bienveillance et à s'emparer de leur esprit, but

principal auquel on doit tendre. Il est bien entendu qu'*on ne doit jamais parler à l'aliéné comme à un malade, ni lui laisser soupçonner qu'on le considère comme atteint du moindre trouble mental* : aussi, faut-il peser avec soin toutes ses paroles, et surtout se garder d'interrogations nettement médicales dans le genre de celles qu'on adresse aux autres catégories de patients, comme par exemple : « Avez-vous des idées de persécution ? — Depuis quand avez-vous de l'embarras de la parole ? — Avez-vous toujours des hallucinations ? etc. etc ». Il faut arriver à connaître exactement l'état du sujet et les particularités de son affection, sans qu'un seul mot technique ait été prononcé, sans qu'il se doute qu'on le soumet à un examen scientifique destiné à indiquer s'il est ou non aliéné. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, dans aucun cas, on ne doit faire consister la partie principale de l'interrogatoire dans ces questions et moyens d'enquête sans portée réelle auxquels le public et certains magistrats attribuent bien à tort la valeur d'un véritable *criterium*, et qui consistent dans de simples interrogations sur le cours du temps ou la valeur respective de diverses pièces de monnaie. On sait en effet que, pour certains individus, dire son âge, le mois de l'année où l'on se trouve, reconnaître les gens et indiquer exactement la valeur monétaire d'une pièce d'argent ou de billon, c'est prouver clairement qu'on n'est pas aliéné.

Il arrive parfois au médecin de rencontrer un malade qui reste *volontairement muet* à toutes les questions, de sorte qu'après avoir épuisé tous les moyens en sa possession, il est forcé de s'avouer vaincu, et de

renoncer à l'interrogatoire. Or, ce *mutisme* absolu, en clinique mentale, n'a rien qui doive surprendre ni surtout décourager, car il a, par lui-même, une valeur clinique, et s'il prive des renseignements précieux fournis par les réponses de l'aliéné, il constitue, en revanche, un véritable symptôme qui, bien que négatif, ne laisse pas que d'avoir une signification précise.

Le mutisme, en effet, est une particularité spéciale à quelques formes de folie, que son existence contribue, par conséquent, à révéler.

Ainsi, si on l'observe chez un individu fortement déprimé, abattu, immobile, les yeux baissés, la tête inclinée sur la poitrine, et que rien ne paraît émouvoir, on a presque sûrement affaire à un aliéné atteint de *mélancolie* profonde, se rapprochant plus ou moins de la *stupeur*. Et le diagnostic deviendra certain si, en même temps, on constate chez le malade ces troubles de la circulation périphérique, cette couleur violacée des téguments, ce refroidissement des extrémités qui sont les indices extérieurs de l'état mélancolique.

Si, au contraire, le malade resté muet est un individu qui prend à l'approche du médecin une attitude défiante, ombrageuse, qui se recule comme un serpent ou, au contraire, le regarde arrogamment avec de grands yeux fixement ouverts, on peut être presque certain qu'on a affaire à un halluciné atteint de *folie partielle* et surtout de *délire de persécution*. Le plus souvent d'ailleurs, en dépit de sa *réticence* voulue, il lui échappera quelques phrases significatives, injurieuses ou typiques dans le genre des suivantes, qui

suffisent à éclairer complètement le diagnostic : « Vous le savez mieux que moi. — Je n'ai rien à vous dire. — C'est mon affaire. »

Le médecin qui interroge un aliéné ne doit jamais se décourager des rebuffades qu'il peut subir, ni rompre la conversation au moindre refus de répondre qu'il éprouve. *En principe*, l'*interrogatoire des aliénés*, *celui surtout des raisonnants et des fous partiels*, *doit être prolongé*, car ces malades demandent à être captés peu à peu ; le premier quart d'heure n'apprend pas souvent grand' chose, alors qu'une seule minute du second en apprend à elle seule bien davantage. Une heure n'est pas trop quelquefois. Contrairement à ce qu'en disent la plupart des auteurs, je crois donc qu'*il faut fatiguer l'aliéné*. Quand il est *forcé* il se rend, se confesse sans ambages ni restrictions, et appartient complètement à celui qui l'interroge. Aussi, lorsqu'on est arrivé à grand' peine au moment des confidences, ne *faut-il jamais abandonner la conversation et en remettre la fin à un autre jour*, car avec un aliéné, à moins qu'on ne l'ait confessé à fond, il n'est guère possible de reprendre l'entretien au point précis où on l'a laissé ; le plus souvent il devient nécessaire de recommencer en entier l'interrogatoire et d'obtenir à nouveau les aveux de la veille, avant de pousser plus loin les investigations. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et lorsque l'examen de l'aliéné comporte une étude suivie et renouvelée, qu'on peut ainsi abandonner le bénéfice d'un interrogatoire à moitié fait pour le continuer plus tard.

L'interrogatoire du malade terminé, il faut pro-

céder, toutes les fois que cela n'est pas absolument impossible, à *un examen rapide de ses grandes fonctions organiques*, en insistant davantage sur cet examen, si l'on soupçonne ou l'on découvre quelque trouble viscéral susceptible d'avoir quelque relation avec le trouble mental. C'est surtout dans les formes mélancoliques, et en particulier chez les femmes présentant des illusions internes ou des sensations génitales, qu'il est nécessaire de se livrer à une étude minutieuse des grands appareils de l'économie.

Lorsque l'interrogatoire et l'examen du malade sont terminés, le médecin doit prendre congé de lui poliment, amicalement, en le quittant sur un mot aimable ou sur la promesse de s'occuper bientôt de lui.

CHAPITRE II

DE L'APPRÉCIATION MÉDICALE DE L'OPPORTUNITÉ DE LA SÉQUESTRATION

Le diagnostic résolu et la forme d'aliénation mentale nettement définie, il reste au médecin à formuler son opinion sur le parti à prendre, c'est-à-dire à se prononcer sur l'opportunité de la séquestration.

Avant d'indiquer les considérations qui peuvent lui permettre de se décider en connaissance de cause à cet égard, il n'est pas inutile de faire ressortir deux points fondamentaux qui semblent n'être que très incomplètement compris dans la pratique.

Le premier, c'est que *l'internement dans un établissement spécial étant une mesure médicale de traitement, un véritable agent thérapeutique, c'est au médecin et au médecin seul qu'il appartient de le prescrire*, comme il prescrirait toute autre médication. On peut répondre à cela qu'en matière de folie, chacun, dans le public, croit en savoir assez pour se conduire, et que dans les familles où il existe un fou, les parents ne laissent à personne qu'à eux-mêmes le soin de décider si la séquestration est ou non nécessaire. Aller à l'en-

contre serait dès lors, pour le médecin, se heurter à un parti-pris, et s'entendre faire mille objections. On convient bien avec lui que le malade est un peu déprimé ou exalté, voire même excentrique, qu'il a les nerfs malades, mais quant à être fou, cela n'est pas possible, et il y exagération évidente ; ce sont les médecins qui voient des fous partout. D'ailleurs, l'affection n'est pas assez avancée et il sera temps d'agir plus tard, s'il le faut. On craint que le pauvre patient ne perde plus tôt la tête en se voyant placé dans un établissement d'aliénés et privé de sa liberté, ou ne s'excite au contact des furieux. On fait valoir qu'il serait perdu de réputation si le bruit de son séjour dans un asile venait à se répandre, que la famille toute entière en souffrirait, qu'il y a des jeunes filles à marier. On ne veut pas prendre la responsabilité d'autoriser l'internement sans consulter d'autres membres de la famille, parce qu'on craint que le malade ne pardonne jamais à ceux qui l'auront fait enfermer, s'il revient à la santé. On réédite enfin les vieux clichés répandus dans les masses au sujet des maisons d'aliénés, et on soutient de très bonne foi qu'on y violente les malades et qu'on les y soumet à toutes sortes de mauvais traitements. Voilà ce que les familles opposent en général au médecin, et ce qui les fait reculer le plus souvent devant l'Asile ou la maison de santé. Mais il faut bien avouer, aussi, que s'il existe encore tant d'erreurs et de préjugés dans le public relativement aux aliénés et aux modes de traitement qui leur sont applicables, cela tient en grande partie à ce que les praticiens se sont trop

longtemps désintéressés de ces questions et ont volontairement abdiqué, vis-à-vis de ces malades, toute initiative et toute volonté. Le jour où chaque médecin enfin versé dans l'étude de l'aliénation mentale, et se rendant véritablement compte par sa propre expérience des bienfaits de l'isolement dans la cure de cette affection, reprendra son vrai rôle dans les cas où il est appelé à intervenir, et exposera en connaissance de cause aux familles l'efficacité thérapeutique de l'internement, ce jour-là, l'éducation du public se fera sans peine, et il sera bien près d'abandonner ses erreurs sur la folie, comme il les a déjà abandonnées sur d'autres questions médicales et scientifiques. Il importe donc que le médecin ne perde jamais de vue que c'est à lui et à lui seul qu'il appartient d'apprécier l'opportunité de la séquestration d'un aliéné, et que, s'il lui est permis de discuter la possibilité de cette mesure avec les familles, ou même au besoin, de céder, et de faire des concessions, il ne doit jamais abdiquer au point de devenir un simple comparse, uniquement chargé d'endosser la responsabilité d'une décision médicale dont l'initiative appartient à d'autres.

Le second point fondamental qu'il me paraît important de rappeler, c'est que *les maisons d'aliénés ne doivent pas être considérées uniquement comme un refuge* destiné à prévenir les actes dangereux des aliénés, comme un simple asile servant à mettre les familles, le public et les malades eux-mêmes à l'abri des scandales et des crimes pathologiques. Il n'est pas contestable que ce caractère de garantie

qu'elles offrent est, en effet, un de leurs avantages ; mais leur utilité principale, ce qui les rend véritablement précieuses et indispensables, c'est qu'elles réalisent, dans ses grands principes et dans ses détails, toutes les conditions morales et matérielles de l'*isolement*, cette méthode de traitement de la folie la plus efficace et la plus fructueuse que l'on connaisse.

« *L'asile d'aliénés*, a dit Esquirol, *est un instrument de guérison.* » Il n'est plus nécessaire aujourd'hui, de discuter longuement les avantages de l'isolement dans la cure des maladies mentales. Cette méthode thérapeutique a fait ses preuves, elle les fait encore chaque jour, et il est reconnu, à l'heure actuelle, qu'il n'existe pas de meilleur moyen à opposer à la folie. Lorsqu'on compare, au point de vue des résultats obtenus, les cas d'aliénation traités au-dehors et ceux analogues traités dans les établissements spéciaux, on ne peut s'empêcher de reconnaître que la séquestration, loin d'être une mesure nuisible à la guérison des malades, constitue à elle seule, au contraire, la plus grande chance de guérison qui soit à leur actif. C'est ce double avantage de l'isolement, mesure tutélaire et surtout ressource thérapeutique précieuse, que le médecin doit avoir présent à l'esprit lorsqu'il est appelé à se prononcer à son égard.

Examinons maintenant quelles sont les considérations principales qui doivent intervenir, chez le praticien, dans l'appréciation médicale de l'opportunité de cette mesure.

Ces considérations sont de deux ordres : 1° les unes sont relatives au malade ; 2° les autres à la maladie.

1° *Considérations relatives au malade.* — En ce qui concerne le malade, il faut se préoccuper principalement de sa *situation vis-à-vis de sa famille*, et surtout de sa *position sociale*. Si l'aliéné n'a pas de parents qui lui soient réellement attachés et prêts à se dévouer, pour le soigner, au point de surmonter les immenses difficultés d'un traitement à domicile, s'il est seul, ou livré à un entourage indifférent ou mercenaire, il est évident que, quel que soit son état, son placement dans un établissement spécial s'impose, comme la mesure la plus favorable au traitement de son affection. D'autre part, si le malade appartient à la classe moyenne ou à la classe pauvre, force est aussi, le plus souvent, même en dehors de toute autre considération, de conclure à la séquestration, car ici, l'aliéné est un embarras, une charge pour ses parents, qui, occupés d'habitude à un travail journalier, se trouvent dans l'impossibilité de le surveiller, de le soigner efficacement, et d'ailleurs, dénués qu'ils sont de ressources, ne peuvent subvenir aux frais considérables que nécessite un traitement méthodique à domicile. Dans la classe riche, au contraire, la condition sociale de l'aliéné peut se prêter aux exigences du traitement au dehors, lorsque, toutefois, il est possible. Aussi, en raison de ces différences suivant la condition sociale, peut-on dire à priori que tous les aliénés de la classe indigente doivent être soumis à l'isolement, et que le traitement des aliénés en liberté ne peut être réalisé, lorsqu'il est praticable, que dans les classes élevées de la société.

2° *Considérations tirées de la maladie.* — Les considérations tirées de la maladie sont surtout relatives : *A.* — à son *degré de curabilité* ; *B.* — au caractère *plus ou moins dangereux* des tendances morbides qu'elle détermine.

A. — Toutes les fois qu'il s'agit, en effet, d'un *cas aigu* d'aliénation, surtout d'un accès de manie ou de mélancolie, c'est-à-dire *d'une forme curable*, l'isolement doit être pratiqué et aussitôt que possible, car l'expérience a prononcé d'une façon irréfutable, et elle a prouvé non seulement que la folie offrait dix fois moins de chances de guérison dans le milieu de la famille que dans un établissement spécial, mais encore qu'un accès de folie non traité et livré à lui-même dans un asile, guérissait plus facilement qu'un accès de même nature traité et surveillé de près au dehors.

Dans l'intérêt même du malade, qui, en somme, doit primer toute autre considération, le médecin doit donc conseiller l'isolement toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un cas qui laisse quelques chances de guérison, et il doit s'efforcer de vaincre les résistances de la famille qui, par un sentiment d'affection et de dévouement bien naturel mais mal entendu, hésite toujours à se séparer d'un des siens, et nourrit d'ailleurs le plus souvent quelque prévention injustifiée contre la maison de santé qu'elle croit destinée, dans son ignorance, à aggraver l'état du malade. Certes, il est bien difficile de faire comprendre à une famille qui, ne faisant aucune différence entre la folie et une maladie ordi-

naire, se prépare à se dévouer au patient et à l'entourer des soins les plus affectueux et les plus empressés, que le plus grand obstacle à la guérison, c'est elle-même, son influence et son contact. Et cependant, rien n'est plus vrai, et tous ceux qui ont quelque connaissance du traitement des aliénés savent bien quelle action funeste exerce le plus souvent le contact des parents sur le délire du malade, en dépit de l'intelligence et du dévouement dont ils peuvent faire preuve. Le médecin doit donc conclure formellement au placement d'un aliéné, toutes les fois qu'il s'agit d'un cas susceptible de guérison, ou tout au moins d'amélioration. Mais ce qu'il importe d'ajouter, c'est que cette mesure doit être prise non pas au bout de quelque temps, après un retard ou des temporisations plus ou moins prolongés, mais immédiatement, aussitôt que possible, dès le début du mal, si on le peut, car le traitement dans un asile est d'autant plus efficace qu'il est pratiqué de meilleure heure. Presque toujours les familles reculent devant cette solution ; elles veulent gagner du temps, avoir, pour ainsi dire, la main forcée par les progrès de l'affection ; détestable pratique qui, bien qu'ayant sa source dans un bon sentiment, fait un tort irréparable au malade, et peuple chaque jour les asiles d'aliénés incurables qui eussent pu facilement guérir, s'ils avaient été internés plus tôt. En face de ces résistances presque habituelles, le médecin doit donc insister, plaider la cause de l'aliéné, et au besoin, réclamer l'assistance d'un confrère, dont la conclusion formelle peut donner du poids à son propre conseil.

Dans les cas d'*aliénation chronique et incurable*,

l'isolement ne s'impose pas d'une façon aussi absolue, au moins au point de vue thérapeutique, mais il existe même dans ces cas, des considérations d'ordre familial et social provenant de la maladie qui peuvent rendre cette mesure nécessaire. Au premier rang de ces considérations vient se placer le caractère plus ou moins *dangereux* des tendances morbides.

B. — Quel que soit, en effet, le degré de curabilité d'une affection mentale et quelle que soit aussi la condition sociale de l'aliéné, il est absolument nécessaire de recourir à la séquestration, toutes les fois qu'il existe une *tendance évidente aux actes dangereux.* Dans ce cas, pour si actives que soient les résistances de la famille, le devoir strict du médecin est de passer outre et d'affirmer l'urgence de la séquestration. Il est donc très important, comme on le voit, pour le médecin, de savoir distinguer les états dangereux d'aliénation mentale.

En principe, cette distinction paraît assez facile, mais dans la pratique, rien n'est plus malaisé, et dans les longues et brillantes discussions qui ont eu lieu à ce sujet à la Société médico-psychologique, on ne s'est entendu que sur un point, à savoir : la difficulté qu'il y avait à déterminer, d'une façon exacte, si un fou était ou non, dangereux.

C'est qu'en effet, on ne s'accorde guère, d'une part, sur la signification qu'il faut attribuer au terme dangereux, et que, d'autre part, tout aliéné, quel que soit son état mental, est susceptible, à un moment donné, de devenir dangereux. Un malade qui a des tendances

au meurtre, au suicide, au vol, à l'incendie, à la prodigalité excessive est un malade dangereux, tout le monde en convient; mais peut-on en dire de même de celui qui se borne, par exemple, à refuser les médicaments qui lui sont prescrits, ou qui, par le fait de son inconscience, exhibe en public ses organes génitaux ou prononce en société et devant ses enfants des mots grossiers et des indécences? Il y aurait là beaucoup matière à discuter, mais il faut nous borner à constater combien il est difficile de spécifier nettement si un aliéné est ou n'est pas dangereux, aussi bien pour la société, pour la propriété, pour sa famille, que pour lui-même.

Toutefois, cette distinction qui, faute d'un *critérium* précis, ne peut être formulée d'une façon absolue dans la pratique, est rendue possible, dans une certaine mesure, par l'étude attentive des tendances habituelles dans chaque forme d'aliénation.

Dans ces formes mentales que nous avons étudiées sous le nom d'*infirmités* et qui comprennent la faiblesse d'esprit, l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme, la démence simple, les malades sont le plus habituellement inoffensifs, et n'ont, par conséquent, pas absolument besoin d'être séquestrés. Il ne faut pas oublier cependant qu'un certain nombre d'entr'eux sont enclins, en raison même de leur inconscience, à certains actes illégaux, tels que les attentats à la pudeur, les vols, les incendies, et qu'il leur arrive parfois d'être appelés devant les tribunaux pour y répondre de délits plus ou moins sérieux.

La plupart des *paralytiques généraux*, je parle de

ceux qui sont atteints de démence paralytique simple, sont également inoffensifs, comme les déments ordinaires avec lesquels ils ont, à ce point de vue, les plus grandes analogies. Mais il n'en est plus de même de ceux chez lesquels la démence paralytique s'associe à un état de folie maniaque plus ou moins marqué. Ces malades ne se portent qu'exceptionnellement, il est vrai, à des tentatives d'homicide ou à des voies de fait ; mais s'ils respectent dans leur délire la vie de leurs semblables, en revanche, ils n'ont nul souci ni de la propriété d'autrui, ni de leurs propres intérêts. Les uns, au début surtout, dans ce qu'on a appelé la période médico-légale, gaspillent de tous côtés leur fortune et celle de leur famille en spéculations insensées, en achats inconsidérés, en prodigalités excessives, en donations de toute sorte ; d'autres, érotiques au plus haut point, exhibent en public leurs organes génitaux et se livrent aux actes les plus obscènes ; beaucoup enfin, arrivent à l'indélicatesse et à la filouterie. Chose remarquable en effet, la plupart des paralytiques généraux séquestrés d'office dans les grandes villes, se sont fait arrêter sur la voie publique soit pour n'avoir pas payé un cocher dans la voiture duquel ils se promenaient depuis plusieurs heures, soit pour avoir volé à un étalage, sans précaution et avec la candeur de l'inconscience, un objet insignifiant, par exemple un méchant parapluie, une paire de bottines, un pantalon, un paquet de choux, un œuf, une friandise sans valeur. Lorsque la démence paralytique s'accompagne d'une folie à forme mélancolique, le danger est moins grand, au moins

pour la société, mais l'individu peut être plus ou moins enclin alors vers le suicide.

De même, dans la *mélancolie simple*, les malades sont généralement inoffensifs, surtout ceux qui ne réagissent pas activement et dont la dépression est très profonde. Il ne faut pas oublier cependant que certains sont dangereux, non plus peut-être pour les autres, mais pour eux-mêmes, et qu'il est parfois très difficile de mettre obstacle aux idées de suicide qui les obsèdent.

A côté de ces affections mentales, dans lesquelles on trouve des malades souvent inoffensifs, mais susceptibles de devenir parfois dangereux, et dont un certain nombre, par conséquent, peuvent vivre sans trop de risques en liberté, il en est d'autres, au contraire, où la proposition se trouve renversée, et dans lesquels les malades sont habituellement dangereux et exceptionnellement inoffensifs ; de ce nombre sont : la manie, principalement certaines de ses variétés, la folie à double forme, la folie hystérique, la folie alcoolique, mais surtout les folies partielles et la folie épileptique.

Dans la *manie aiguë*, en effet, les malades excités, poussés par un besoin irrésistible de mouvement et d'action, sont le plus souvent désordonnés et dangereux. Ce sont surtout des violences et des actes de destruction subits que l'on a à craindre de leur part, bien plus qu'une tendance à l'homicide qu'ils seraient incapables d'ailleurs de calculer. Mais plus encore que la manie aiguë, l'*excitation maniaque* et surtout la *manie raisonnante* rendent dangereux les malades

qui en sont atteints. On n'a qu'à se reporter au tableau que nous avons tracé de ces deux formes mentales pour comprendre toute l'intelligence, toute l'astuce, et toute la fourberie que mettent ces malades au service de leurs instincts pervers. Avec des apparences de raison, ou tout au moins avec une apparente conservation des facultés intellectuelles qui fait qu'ils en imposent au public pour des individus sains d'esprit et trouvent moyen de présenter comme réelles leurs calomnies et leurs inventions machiavéliques, ce sont peut-être de tous les pires des aliénés.

C'est précisément, d'ailleurs, parce que la *folie hystérique* et la *folie à double forme*, dans sa période d'excitation, sont fréquemment constituées par ces variétés d'excitation maniaque ou de manie raisonnante, qu'elles rendent si dangereux, de la même façon, les malades qui en sont atteints.

Dans la *folie alcoolique aiguë et subaiguë*, les tendances aux violences, à l'homicide, et surtout au suicide, sont des plus fréquentes. On sait, en effet, que sous l'influence d'hallucinations qui déterminent chez eux une terreur panique, la plupart des malades se mettent à fuir, affolés, devant des persécuteurs imaginaires, et finissent très souvent par se jeter du haut d'une fenêtre ou dans la rivière, pour leur échapper.

Mais c'est surtout dans les *folies partielles* et dans la *folie épileptique* qu'on trouve les aliénés véritablement dangereux.

En ce qui concerne, en effet, les *folies partielles*, quelle que soit la forme du délire, les tendances véritablement offensives sont pour ainsi dire constantes.

Les *mystiques*, outre qu'ils se soumettent à des pratiques de jeûne, d'ascétisme, à des violences corporelles et à des mutilations plus ou moins graves, attentent souvent à la vie d'autrui, pour obéir à la divinité qui les inspire. Les uns croient avoir reçu du ciel la mission de frapper un personnage considérable qu'ils croient représenter le mal sur la terre ; les autres, toujours pour être agréables à Dieu, renouvellent le sacrifice d'Abraham et immolent en holocauste leurs propres enfants.

Les *mégalomanes*, ces fous partiels qui se croient rois, ducs, princes, et possesseurs d'une immense fortune, sont souvent dangereux, également. Il n'est pas rare, en effet, de les voir réclamer avec instances leurs richesses et leurs titres soit aux autorités publiques, soit à des banquiers connus, et se livrer à la violence, dès qu'on refuse satisfaction à leurs prétentions maladives.

Mais de tous les fous partiels, les plus dangereux sans contredit, sont les *persécutés*. La plupart des crimes pathologiques dont les journaux nous entretiennent, sont, en effet, commis par ces malades. Et cela est facile à comprendre. Tant que les persécutés n'ont point systématisé leur délire, tant qu'ils se bornent à ces locutions indéterminées : « On m'en veut ; on me faitdu mal », ils ne sont que peu à redouter. Tout au plus se bornent-ils alors à se plaindre aux commissaires de police ou à la magistrature, des persécutions dont ils sont l'objet. Mais, du jour où ils ont systématisé leur délire, du jour où ils ont donné des traits et un nom à la personne qui leur fait du mal,

de ce jour, ils deviennent essentiellement dangereux. Comme l'a dit Lasègue, ce ne sont plus alors des *persécutés*, ce sont des *persécuteurs*. Ils s'acharnent après leur soi-disant ennemis, et n'ont de repos que lorsqu'ils les ont frappés. Je ne citerai qu'un exemple entre mille. Un de ces malades, que j'ai connu à l'asile de Ville-Evrard, croyait d'abord qu'on lui volait sa pensée avant qu'elle fut émise ; petit à petit, il en vint à dire que c'était les aliénistes qui agissaient ainsi sur son cerveau à l'aide du magnétisme et de tuyaux acoustiques ; puis, un jour, ce ne furent plus les aliénistes, ce fut l'un d'eux, précisément le professeur Lasègue. A dater de ce moment, le malade résolut de se venger, et, un jour que le maître sortait de la Pitié, l'aliéné se précipita sur lui, et le frappa au visage à l'aide d'une cravache qu'il tenait à la main. Dans les asiles, les persécutés continuent à être essentiellement dangereux ; le plus souvent leur haine se porte sur les médecins qu'ils accusent de les séquestrer illégalement, de les tourmenter, de les soumettre à l'action de l'électricité, etc., etc. La liste des médecins d'asile tués ou frappés par ces malades est déjà malheureusement bien longue, et il ne se passe pas d'années que ce triste martyrologe ne s'augmente de quelque nom nouveau. Il ne faut donc jamais oublier que les persécutés sont des aliénés essentiellement dangereux et qu'avec eux, il ne peut y avoir d'hésitation, ils doivent être rigoureusement séquestrés.

Beaucoup d'*épileptiques*, au moment et surtout après leur attaque, sont également pris d'une espèce de fureur aveugle, pendant laquelle ils frappent

inconsciemment tous ceux qui les entourent ou se livrent à des actes criminels et perdent après jusqu'au souvenir de leur action, ce qui est, comme on le sait, le propre de cette névrose convulsive.

Je m'arrête là dans cette énumération qui, bien qu'imparfaite, peut servir dans la pratique pour apprécier dans quels cas un malade est ou n'est pas dangereux. Mais il me semble qu'il est possible de préciser encore davantage, et qu'il existe un symptôme qui, sans être un critérium absolu, dénote presque toujours, lorsqu'on le constate, les états dangereux d'aliénation mentale. Ce symptôme est l'*hallucination*, surtout l'*hallucination bien caractérisée de l'ouïe*. A mon avis, et je crois qu'il n'est guère possible de formuler une indication plus applicable en pratique, tout aliéné qui a des hallucinations nettement caractérisées de l'ouïe, est un aliéné dangereux et qu'il importe par conséquent de séquestrer.

En résumé, l'appréciation médicale de l'opportunité de la séquestration doit être basée sur un certain nombre de considérations, dont les principales sont : 1° la condition sociale et la situation de famille du sujet ; 2° le degré de curabilité de la maladie ; 3° le caractère plus ou moins dangereux des tendances morbides.

CHAPITRE III

PLACEMENT DES ALIÉNÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIAUX
SITUATION ET TRAITEMENT DES ALIÉNÉS SÉQUESTRÉS

Le placement des aliénés dans les établissements spéciaux et les divers points qui s'y rattachent touchent, par plusieurs côtés, à la médecine légale, puisqu'ils s'appuient sur les dispositions d'une loi particulière. Toutefois, ces questions m'ont paru trouver plutôt leur place dans la *pratique médicale* que dans la pratique *médico-légale* de la folie, parce qu'elles se rapportent surtout au traitement des aliénés et qu'elles font naturellement suite aux considérations qui ont fait l'objet des deux chapitres précédents.

En effet, lorsque, pour une des causes que nous venons d'énumérer en parlant de l'appréciation médicale de l'opportunité de la séquestration, cette mesure aura été reconnue nécessaire, le médecin doit accomplir les formalités que lui prescrit la loi en pareil cas. Le caractère purement pratique de cet ouvrage ne comporte pas une discussion des dispositions légales

qui régissent le placement des aliénés. D'ailleurs, la loi actuelle est sur le point, sinon d'être remplacée par une nouvelle, au moins d'être modifiée dans plusieurs de ses parties essentielles. Ce n'est donc ni le moment ni le lieu de discuter la loi de 1838, que nous devons nous borner à transcrire ici sans commentaires en indiquant celles de ses dispositions qui s'appliquent à la question pratique que nous avons en vue.

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Titre premier. — Des établissements d'aliénés.

Article 1er. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 2. Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés en tout ou en partie au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Titre II. — Des placements faits dans les établissements d'aliénés.

Section Ire. — *Des placements volontaires.*

Art. 8. Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés

et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

3° Le passe-port ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans

un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'art. 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront

immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux art. 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'art. 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du roi.

Art. 14. Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissemen d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci- après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'art. 38 de la présente loi;

2° L'époux ou l'épouse;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille;

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit, qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné l'ordre contraire, conformément à l'art 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'art. 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs, en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'art. 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état

mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Section ii. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique.*

Art. 18. A Paris, le préfet de police, et dans les départements, les préfets, ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux art. 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'art. 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets,

dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas ou leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'art. 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des art. 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'art. 10.

Art. 23. Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'art. 20, les médecins déclarent sur le registre tenu en exécution de l'art. 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'art. 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. Les hospices et hôpitaux civils sont tenus de

recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des art. 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'art. 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

Section III. — *Dépense du service des aliénés.*

Ar. 25. Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes, y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'art. 1er.

Art. 27. Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes de l'art. 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des arts. 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi des finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemmité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

Section iv. — *Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.*

Art. 29. Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'art. 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des art. 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux art. 13 et 14.

Art. 31. Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés

exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur, ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie des dits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'art. 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du roi, dési-

gnera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial, à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire, pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le dit jugement.

Le procureur du roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'art. 173 du Code de commerce.

Art. 36. A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, com-

mettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels elles seraient intéressées.

Art. 37. Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'art. 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans : ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administrateur dans les établissements privés.

Art. 38. Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal pourra nommer en chambre du conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que le dit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. Les actes faits par les personnes placées dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elles y auront été retenues, sans que leur interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour

cause de démence, conformément à l'art. 1384 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés;

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir après les héritiers.

Art. 40. Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seront pas interdites.

Titre III. — Dispositions générales.

Art. 41. Les contraventions aux dispositions des art. 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'art. 13; des art. 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe de l'art. 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'art 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punis d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou de l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'art. 463 du Code pénal.

Placements volontaires. Placements d'office. — La loi du 30 juin 1838 reconnaît, comme on le voit, deux

sortes de placements pour les aliénés : 1° *les placements volontaires*; 2° *les placements d'office.*

Ces deux ordres de placements diffèrent l'un de l'autre par leurs points les plus essentiels, c'est-à-dire : 1° par la catégorie des malades auxquels ils s'adressent ; 2° par la qualité des personnes qui les provoquent ; 3° par les formalités légales auxquelles ils donnent lieu.

1° Relativement au premier point, il résulte des termes même de la loi (titre II, art. 8), *que tout individu atteint d'aliénation mentale, quelle qu'en soit la forme*, peut être l'objet d'un placement volontaire. Au contraire, le *placement d'office* ne vise que les individus dont *l'état d'aliénation compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes* (titre II, art. 18).

2° Dans le placement volontaire, l'admission du malade est demandée par un parent, un ami ou tout autre individu ayant avec lui quelques relations. Dans le placement d'office, c'est le Préfet de police à Paris, et dans les départements les Préfets qui *ordonnent* le placement de l'aliéné.

3° Pour opérer le placement volontaire d'un malade, il est nécessaire de présenter : 1° une demande d'admission, écrite et signée par la personne qui la forme ; 2° un certificat de médecin constatant l'état mental du malade ; 3° le passe-port ou toute autre pièce propre à constater son individualité. Dans le placement d'office, il suffit d'un ordre motivé du Préfet énonçant les circonstances qui ont rendu le placement nécessaire. Toutefois, l'arrêté du Préfet n'est rendu, en général, qu'après un examen médical de l'aliéné, soit

dans son domicile, soit dans un dépôt provisoire, en vertu de l'art. 19 du titre II de la même loi.

Certificat d'admission. — Il résulte de ces dispositions que la formalité la plus importante, dans le placement d'un aliéné, quelle qu'en soit la nature, est l'attestation du médecin. Dans le placement volontaire, cette pièce est même l'unique garantie de la nécessité de la séquestration. Aussi, est-ce ce point de la loi qui a surtout donné lieu aux critiques les plus passionnées et les plus violentes. Sans parler des attaques outrées et véritablement absurdes dont le certificat médical a été l'objet, on lui a surtout reproché, avec quelque apparence de raison, d'être souvent insuffisant, et de ne pas offrir tous les caractères de garantie désirables. On a fait remarquer que dans certains pays étrangers, la loi se montrait plus sévère, et qu'elle exigeait, pour la séquestration d'un aliéné, le certificat de deux médecins assermentés et ayant déjà trois années au moins de pratique.

Il est probable que la loi actuellement en préparation adoptera une réforme dans ce sens et exigera désormais, pour le placement des aliénés, un certificat de deux médecins et non plus d'un seul. Cette disposition nouvelle qui donnera, sans doute, toute satisfaction à l'opinion mais qui ne sera pas toujours facilement réalisable, n'augmentera guère en réalité les garanties, assurément suffisantes, de la loi de 1838. La loi actuellement existante, en effet, préoccupée avant tout de l'intérêt des malades, avait compris qu'il importait au plus haut point de n'apporter ni

complication, ni retard dans leur placement dans les établissements spéciaux, sauf à multiplier, après l'admission, les garanties administratives, judiciaires et médicales. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la loi de 1838 pour se convaincre qu'elle n'a rien négligé pour sauvegarder à cet égard le principe de la liberté individuelle. Il est probable que la loi nouvelle, désireuse de pousser plus loin encore les garanties, ne reconnaîtra à la séquestration d'un aliéné un caractère définitif, qu'après intervention de la justice. Mais cette intervention ne pourra être évidemment efficace que si les juges se font assister d'un ou de plusieurs médecins aliénistes désignés par eux à cet effet. Sans cet appui scientifique, leur contrôle ne saurait être qu'illusoire, car nous ne sommes plus heureusement au temps où cette hérésie courait les rues qu'il suffisait d'avoir du bon sens pour reconnaître si un individu était ou non aliéné. L'intervention judiciaire se réduira donc en fin de compte, dans l'intervention d'un élément médical de plus, ce qui est et sera toujours pour ainsi dire fatal, puisqu'il s'agit, en somme, d'une question purement médicale à résoudre. D'ailleurs, il faut bien savoir que cette disposition nouvelle et d'autres analogues qui constitueront un supplément de garanties, sont surtout dirigées non pas contre les établissements publics ou privés que leur situation dépendante vis-à-vis de l'autorité administrative et judiciaire met à l'abri des illégalités, mais contre certaines institutions et les domiciles des particuliers où se produisent, ce que le public ignore, les véritables séquestrations arbitraires.

Que la loi soit, ou non, modifiée en ce qui concerne la séquestration des aliénés, la formalité essentielle dans le placement de ces malades est, et restera toujours le certificat médical, ce qui donne à cette pièce une importance et une gravité tout à fait exceptionnelles.

La *loi anglaise* exige deux certificats rédigés suivant un modèle spécial, ayant moins de sept jours de date, et signés de deux médecins ayant visité l'aliéné séparément. Ces certificats doivent en outre distinguer les faits observés par les médecins de ceux qui leur ont été simplement communiqués ; ces derniers faits ne doivent jamais être admis comme suffisants.

Voici la formule de ces certificats :

I, the undersigned, being a (*indication du titre du médecin, chirurgien ou apothicaire certifiant*) and being in actual practice as a (*médecin, chirurgien ou apothicaire, suivant le cas*), hereby certify, that I, on the... day of... 188., at (*rue et numéro de la maison, s'il en existe, ou autres particularités*) in the County of..., separately from any other Medical Practitioner, personally examined (*nom, prénoms, profession, résidence du malade*) and that the said X...is a (*aliéné, idiot ou esprit anormal*) and a proper Person to be taken charge of, and detained under care and treatment: and that I have formed this opinion upon the following grounds:

1° Faits indiquant la folie, observés par moi-même.

2° Autres faits (s'il en existe) indiquant la folie, communiqués à moi par d'autres.

Signed : X...

La *loi de New-York* exige également le certificat de deux médecins assermentés et ayant trois années au moins de pratique, dûment attestées et certifiées par un juge. Ce certificat doit mentionner les faits sur lesquels chaque médecin a basé son opinion. De plus, l'aliéné ne peut être enfermé plus de cinq jours dans un asile à moins que pendant ce temps le certificat soit approuvé par un juge ou un jugement de la Cour du comté ou du district dans lequel réside l'aliéné ; et le dit juge ou juge de paix doit faire des recherches et prendre des témoignages au sujet du malade avant d'approuver ou de désapprouver le certificat. Il peut même, à son gré, réunir un jury pour apprécier chaque cas d'aliénation.

En France, la loi demande au certificat :

1° *De constater l'état mental de la personne à placer ;*

2° *De relater les particularités de sa maladie ;*

3° *D'indiquer la nécessité de la faire traiter dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.*

Quant à la forme même du certificat, à sa rédaction, il n'existe pas à cet égard, de formule spéciale, officielle, comme dans certains pays étrangers. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le certificat, aux termes mêmes de la loi, ne doit pas avoir plus de 15 jours de date au moment de l'admission du malade, et que le médecin qui le signe ne doit être ni parent ni allié au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'Établissement ou de la personne qui fait effectuer le placement.

Enfin, il faut que le certificat soit écrit sur papier

timbré et que la signature du médecin soit légalisée. Si le certificat est délivré après une consultation de deux ou plusieurs médecins, il importe qu'il en fasse mention et qu'il porte la signature de chacun des médecins.

Choix de l'établissement. Translation du malade. — En ce qui concerne le placement proprement dit des aliénés, le médecin doit encore intervenir pour indiquer aux familles, naturellement ignorantes à cet égard, les formalités qu'elles ont à accomplir, suivant que le placement est volontaire ou d'office. Quant à ce qui est du choix de l'établissement, c'est là une question au sujet de laquelle on ne peut poser aucune règle fixe. Tout dépend du cas particulier, du désir exprimé par les familles, de la position sociale du malade, enfin, de la situation et de la nature des établissements, asiles publics ou maison de santé, ainsi que des garanties qu'ils peuvent offrir au point de vue de la capacité et de l'expérience pratique des médecins traitants.

La question de la translation du malade dans un établissement spécial est souvent embarrassante et peut donner lieu à de réelles difficultés. Lorsque l'aliéné est dans un état d'imbécillité, de démence ou d'excitation très vive, il n'y a guère à se préoccuper de la possibilité d'une résistance intelligente de sa part, car il se laisse habituellement déplacer et enfermer, sans s'en douter pour ainsi dire. Mais dans bon nombre de cas, comme dans la paralysie générale au début, la lypémanie, la manie raisonnante et

surtout la folie partielle, il n'en est plus de même ; le malade peut se tenir sur ses gardes, se doutant plus ou moins qu'il est sur le point d'être séquestré ; en sorte qu'il faut, alors, prendre des précautions pour éviter, de sa part, révolte, scandale et violences.

Lorsque le cas présente des difficultés, il vaut mieux en référer au médecin de l'établissement choisi, et s'en rapporter à son expérience. En principe, il est souvent nécessaire d'user d'un subterfuge simple et commode (achat, visite, promenade) qui permet d'amener le malade à son insu dans l'Etablissement. Il faut dire, au reste, que les aliénés, si lucides qu'ils soient restés, tombent très facilement dans le piège qui leur est tendu, et ne s'aperçoivent de leur entrée dans la maison de santé que lorsqu'ils y sont déjà enfermés.

Situation et traitement des aliénés séquestrés. — Lorsque le malade a été placé dans un établissement spécial, le traitement de son affection appartient au médecin de l'établissement qui, désormais va tout mettre en œuvre pour arriver aux résultats thérapeutiques que comporte son affection mentale. Nous n'avons pas à exposer ici les règles qui président au traitement des malades dans les établissements d'aliénés, ce traitement variant suivant les cas, et étant d'ailleurs confié à des médecins spéciaux, très au courant de la méthode à suivre. Nous n'avons qu'à indiquer quelques points relatifs aux aliénés séquestrés, susceptibles d'intéresser les médecins praticiens et les familles.

Visites. — La base même du traitement de l'aliénation mentale est l'isolement, la séparation d'avec la famille et la société, et c'est surtout pour ce motif qu'on enferme les aliénés. Or, les familles, qui ne se rendent que très imparfaitement compte de l'importance thérapeutique de l'isolement, et qui s'imaginent qu'on peut avoir un intérêt quelconque à leur cacher leurs malades, se révoltent le plus souvent contre le conseil qui leur est donné de s'abstenir de toute visite. De là résultent souvent des malentendus, des tiraillements, des concessions forcées de la part des médecins de l'établissement qui finissent par céder et par consentir à des entrevues pénibles pour les parents et surtout nuisibles aux malades. Ici encore, le praticien peut intervenir utilement en allant voir lui-même l'aliéné et en servant ainsi d'intermédiaire entre ses parents et lui. Cette solution est de beaucoup la meilleure, car elle met le malade en rapport avec un homme qui ne le touche pas d'assez près pour lui produire une impression morale fâcheuse, et qui est en outre capable de se rendre un compte exact de son état mental.

Bien entendu, cet isolement absolu ne peut être érigé en principe et n'est pas applicable à tous les cas. S'il est nécessaire d'y avoir recours toutes les fois qu'il s'agit d'un malade atteint d'une affection aiguë et curable, ou susceptible d'être dangereux pour les siens, on peut s'en départir plus ou moins complètement en ce qui concerne les aliénés chroniques dont les sentiments affectifs sont plus ou moins émoussés, et autoriser les entrevues, et même,

suivant les cas, les promenades au dehors avec la famille.

Sorties à titre d'essai. Sorties définitives. — Il est souvent imprudent, lorsqu'un aliéné guérit dans un établissement d'aliénés, de le faire rentrer brusquement dans son domicile et dans sa famille. C'est pour ce motif que l'usage s'établit de plus en plus, parmi les médecins aliénistes, d'opérer une transition par des entrevues graduelles avec les parents et par des *sorties provisoires* ou *à titre d'essai.* Ces espèces de congés temporaires qu'on accorde ainsi aux malades améliorés ont non seulement pour but de les rattacher peu à peu à la société et à leur famille, avant de les rendre définitivement à la liberté, mais aussi de mesurer pour ainsi dire leur degré d'amélioration en les soumettant à une épreuve significative. C'est là un excellent moyen et qui, depuis qu'il est employé, donne les meilleurs résultats.

Le malade, une fois guéri et rendu à la liberté, ne doit pas être livré à lui-même. Les aliénés, en effet, pour si parfaite qu'ait été leur guérison, conservent encore pendant plus ou moins longtemps un certain degré de susceptibilité maladive qui les expose à des rechûtes. Il appartient au médecin praticien de veiller sur eux et de s'entendre avec le médecin de l'établissement pour les soins hygiéniques, moraux et thérapeutiques à leur donner pendant cette période d'équilibre instable qui précède la guérison définitive.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES ALIÉNÉS A DOMICILE OU EN LIBERTÉ

Le nombre des aliénés qui échappent à l'internement dans un établissement spécial et qui sont traités d'une façon quelconque au dehors, soit pendant tout le cours, soit pendant une partie seulement de leur affection mentale, est plus considérable qu'il ne le paraît au premier abord. Il se compose de tous ces malades de catégories diverses, tels que semi-aliénés, aliénés intermittents, aliénés au début, aliénés inoffensifs et même aliénés dangereux, que leurs familles, pour une des nombreuses raisons dont nous avons énuméré les principales au chapitre précédent, traitent ou font traiter à leurs frais en dehors des asiles spéciaux, publics ou privés.

Ces malades, qu'on désigne communément sous le nom d'*aliénés traités à domicile* ou *en liberté*, mais dans lesquels ne rentrent pas à proprement parler, les aliénés indigents mis en pension aux frais de l'Assistance publique, chez des nourriciers ou des colons, intéressent au plus haut point le médecin praticien, car c'est à lui, le plus souvent, qu'incombe

la direction régulière et continue de leur traitement. Il importe donc de fixer les principales règles pratiques de ce traitement.

Dans certains pays, comme la Belgique, la Hollande, l'Angleterre, l'Ecosse, le gouvernement intervient vis-à-vis des aliénés traités à domicile, et dirige ou tout au moins surveille les conditions de leur traitement, suivant des règles spéciales de législation et de pratique administrative. M. Ach. Foville qui a exposé tout récemment devant l'Académie de médecine le système de surveillance adopté à cet égard par les nations voisines, désirerait voir quelque chose d'analogue pénétrer dans la législation française, et a même indiqué les bases d'une réglementation à adopter. Il est probable que la loi nouvelle s'occupera efficacement, en effet, des aliénés traités à domicile, car, dans le projet actuellement en discussion, figurent plusieurs articles relatifs à la surveillance à exercer sur toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins qu'un parent rapproché, ou le tuteur, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

Quelles que soient les dispositions adoptées à cet égard par la loi future, le traitement médical proprement dit des aliénés en liberté ne peut en rien être modifié, et les mêmés principes scientifiques lui seront toujours applicables. De ces principes, les uns sont *généraux*, c'est-à-dire communs à tous les cas, les autres *spéciaux*, c'est-à-dire particuliers à telle ou telle forme ou particularité morbide.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Principaux modes de traitement des aliénés en liberté.

1° *Traitement de l'aliéné dans sa famille.* — Le principe fondamental du traitement des aliénés consiste, comme on le sait, dans *l'isolement.* Quelle que soit donc la mesure à laquelle on ait recours vis-à-vis du malade, la première chose à faire, lorsqu'on ne se heurte pas à une impossibilité morale ou matérielle absolue, est de l'isoler, c'est-à-dire de le soustraire à son entourage habituel, au contact des personnes et des choses qui lui sont familières, au milieu dans lequel il vit, où son mal a pris naissance et s'est développé. Rien n'est pire, par conséquent, que le maintien de l'aliéné dans sa propre demeure et la continuation de son existence au milieu des *siens.* Il y a là, d'un côté, l'influence de la famille sur le malade, influence fâcheuse, qui empêche ou retarde la guérison ; de l'autre, l'influence du malade sur sa famille, influence non moins funeste et quelquefois même dangereuse, surtout lorsqu'il existe des enfants. Aussi, le médecin ne saurait-il trop s'élever contre l'erreur des parents qui, assimilant la folie à une maladie ordinaire, s'obstinent à vouloir conserver un aliéné au milieu d'eux et à le faire traiter à son propre foyer. Presque toujours, lorsque, faute d'avoir pratiqué l'isolement, la vésanie est devenue chronique, il arrive qu'au bout d'un temps plus ou

moins long le zèle de la famille tombe, et que le malade devenu à charge aux siens, dont il a perdu le respect et lassé l'affection, finit par être abandonné par eux dans un établissement spécial, où son incurabilité le condamne à séjourner jusqu'à sa mort. Encore n'est-il question ici que des formes de folie plus ou moins inoffensives, car dans bon nombre de cas, à ces inconvénients viennent s'ajouter encore les dangers que l'aliéné peut faire courir, soit à lui-même, soit à la société, et contre lesquels sa situation dans la famille n'offre que des garanties tout à fait insuffisantes.

Le maintien de l'aliéné dans sa propre maison est donc une mesure mauvaise et dangereuse, contre laquelle le médecin doit s'élever presque toujours, et à laquelle il doit préférer tout autre solution, même imparfaite, lorsque le placement dans un établissement spécial, pour une raison quelconque, est reconnu par lui impossible.

Parmi les autres solutions adoptées d'habitude dans le traitement des aliénés à domicile, il faut citer surtout le *voyage*, et le *placement du malade* soit *chez un nourricier*, soit *dans une communauté religieuse* ou *un établissement d'hydrothérapie*, soit, enfin, dans une *maison de campagne* appropriée à cet effet.

2° *Traitement par les voyages*. — Les voyages constituent un agent thérapeutique efficace dans l'aliénation mentale, en même temps qu'un moyen salutaire de diversion. En enlevant le malade à son milieu habituel, ils répondent, en effet, au principe

même du traitement de la folie, l'isolement, en même temps qu'ils entraînent des distractions morales et physiques, susceptibles de réagir favorablement sur l'esprit de l'aliéné. Mis surtout en honneur par Esquirol et quelques-uns de ses élèves qui en avaient retiré de bons effets, ils sont moins pratiqués aujourd'hui en raison des inconvénients et des dangers auxquels ils peuvent donner lieu. Sans les rejeter en principe, il convient en effet de n'y avoir recours qu'avec prudence et en s'entourant de précautions suffisantes. Ainsi, certaines formes morbides, celles, notamment, dans lesquelles les malades deviennent habituellement dangereux, sont absolument incompatibles avec ce moyen de traitement. C'est dire assez qu'on ne doit point, sauf de rares exceptions, faire voyager les maniaques dans leur période aiguë, les fous épileptiques, les persécutés, et, d'une façon générale, les hallucinés. En revanche, les voyages conviennent parfaitement dans les *formes mélancoliques, particulièrement au début de la mélancolie aiguë*, non seulement parce qu'elles comportent une plus grande liberté pour le malade, mais aussi parce qu'elles sont plus susceptibles d'être heureusement influencées par un traitement moral. Chez elles, le voyage agit à titre d'agent curatif et peut amener la guérison ou tout au moins une amélioration notable des symptômes. On peut y avoir recours aussi dans certaines folies chroniques, avec des sujets plus ou moins inoffensifs, mais alors il constitue un simple moyen de diversion, susceptible tout au plus de déterminer une accalmie relative. Quels que soient

la forme morbide et le but qu'on se propose, le médecin ne doit conseiller ou accepter le voyage d'un aliéné qu'à la condition que le malade ne soit pas accompagné d'un de ses parents, au moins les plus rapprochés; que la direction en soit confiée à un individu expérimenté, de préférence à un jeune médecin; enfin, que toutes les mesures de précautions soient prises pour parer, dans la mesure du possible, à toute éventualité fâcheuse et à tout accident. Il est bon aussi d'éloigner suffisamment le malade, souvent même de l'expatrier, comme aussi de le changer fréquemment de séjour et de lieu; enfin, il faut que le voyage ait une durée assez longue, de quelques mois ou de quelques années, suivant les cas, et, s'il paraît produire quelque heureux effet, il importe de le prolonger jusqu'à ce que l'amélioration soit solidement établie.

3° *Traitement chez des nourriciers.* — Le placement du malade hors de son domicile peut s'effectuer, comme nous l'avons indiqué, de plusieurs façons différentes. Dans certains cas, les parents le confient à une famille plus ou moins éloignée, habitant la campagne, peu aisée en général, et qui, moyennant salaire, se charge de le garder et de le nourrir, comme on fait des enfants en bas âge, d'où le nom de *nourriciers* donné à ces individus. Dans les pays où le traitement à domicile n'est pas encore réglementé, comme en France, ce système de placement de malades chez des nourriciers, peu pratiqué d'ailleurs, a donné les résultats les plus déplorables.

Peu à peu, en effet, les soins mercenaires deviennent moins empressés, moins suffisants, et l'aliéné, négligé, maltraité, passe bientôt à l'état de ces malheureux nourrissons abandonnés de leurs familles qui subissent mille privations et mille tortures. On a vu de pauvres fous, après plusieurs années passées ainsi, revenir presque à l'état sauvage et désapprendre de parler. Le médecin ne doit donc jamais consentir au placement d'un aliéné dans une famille étrangère à moins d'exercer ou de faire exercer sur elle cette surveillance étroite que l'administration reconnaît la nécessité de s'attribuer désormais dans la nouvelle loi. Les inconvénients de ce système de placement ne sont plus les mêmes, évidemment, lorsque le malade est confié non plus à une famille de nourriciers quelconque, mais à la famille du médecin lui-même, comme cela se pratique quelquefois à l'étranger. Il est rare, d'ailleurs, que le médecin consente à accepter ainsi, pour lui et pour les siens, les inconvénients d'un contact perpétuel avec un insensé.

Le *placement d'un aliéné dans une communauté religieuse* ne constitue pas, à proprement parler, un système de traitement à domicile, et il y aurait beaucoup à dire sur les inconvénients qu'il peut présenter ; aussi devons-nous nous borner à le signaler comme une mesure à laquelle certaines familles ont quelquefois recours, lorsqu'il s'agit de malades du sexe féminin et plus ou moins inoffensifs.

4° *Traitement dans un établissement hydrothérapique.* — Il n'en est pas de même du *placement* dans

un *établissement hydrothérapique*, qui est pratiqué sur une large échelle, surtout vis-à-vis des aliénés au début de leur maladie et de ceux qui paraissent ne pas être dangereux. C'est, en effet, cette solution que les familles acceptent le plus volontiers, non seulement parce que le placement de leur malade dans un établissement de ce genre n'entraîne pas les mêmes formalités, ni les mêmes conséquences pénibles que dans une maison spéciale de santé, mais encore parce qu'elles peuvent, de la sorte, satisfaire à leur désir de ne point quitter l'aliéué, et surtout parce qu'elles sont convaincues, comme on l'est en général dans le public, que le meilleur traitement à opposer à la folie, quelle qu'en soit la forme, est l'hydrothérapie. En principe, le placement du malade dans une maison d'hydrothérapie, n'a rien en soi de fâcheux, et, il est, en tous cas, préférable à son maintien dans son propre domicile; mais il faut reconnaître qu'il n'est guère applicable qu'aux nerveux et aux semi-aliénés et non aux aliénés proprement dits, pour lesquels le défaut de règle et de discipline, une liberté trop grande, le contact de la famille et l'absence d'une surveillance méthodique constituent une situation fâcheuse et qui n'est pas exempte de dangers. Au reste, aux termes mêmes de la loi future, les aliénés traités dans les établissements hydrothérapiques seront de la part de l'administration, l'objet d'une intervention analogue à celle qui s'exerce sur les malades traités dans les établissements privés. Mais ce contre quoi on ne saurait trop s'élever, c'est contre l'usage qui se

répand de plus en plus d'instituer un traitement hydrothérapique dans chaque cas d'aliénation mentale, quel qu'il soit. La douche, surtout la douche froide, dans la folie, est une arme à deux tranchants susceptible d'améliorer, mais aussi d'aggraver l'état du malade et il n'est pas de pratique plus détestable que celle qui consiste à appliquer indifféremment les douches à tous les aliénés. Comme nous l'avons déjà indiqué dans la première partie de cet ouvrage, l'hydrothérapie doit être proscrite d'une façon générale dans tous les états d'aliénation qui s'accompagnent d'une hyperhémie plus ou moins marquée de l'encéphale, et surtout dans la *paralysie générale*, *à toutes ses périodes et sous toutes ses formes.*

5° *Traitement dans une maison de campagne.* — Le placement dans une maison de campagne est encore le mode de traitement préférable, lorsque l'internement n'est pas possible. La règle à suivre, en pareil cas, consiste essentiellement à organiser la maison de campagne en calquant de plus ou moins près le système des maisons de santé. Il est surtout trois points principaux que le médecin ne doit pas perdre de vue : 1° ne pas autoriser la cohabitation de la famille avec le malade, et les séparer autant que possible l'un de l'autre ; 2° conserver exclusivement au médecin, dans l'ensemble et les détails, la direction du traitement ; 3° établir auprès du malade une surveillance étroite, continue, intelligente, à l'aide d'individus exercés, et n'avoir jamais recours à des gens inexpérimentés qui, faute d'habitude, ou par

suite d'une négligence involontaire, ne savent pas prévenir des accidents et des malheurs souvent irréparables.

PRINCIPES SPÉCIAUX

La plupart des considérations de thérapeutique relatives aux aliénés ayant été exposées au chapitre du traitement en général, nous devons nous borner à formuler ici quelques indications pratiques applicables à certains cas particuliers, tels que les *moyens de contention chez les agités*, les *soins à donner aux gâteux*, enfin, l'*alimentation forcée des sitiophobes*.

1° *Moyens de contention chez les agités.* — Bien qu'une excitation trop violente soit évidemment incompatible avec le traitement à domicile, il peut arriver qu'on ait affaire, dans la pratique courante, à des malades qui, brusquement ou progressivement, en arrivent à un état d'agitation plus ou moins incoercible. Dans ces cas, le traitement par les calmants et les sédatifs nerveux n'est pas la seule indication à remplir, et il devient nécessaire de contenir l'aliéné, pour empêcher les conséquences de son délire ou de sa fureur. Cette nécessité s'impose surtout lorsqu'il y a tendance manifeste et continue aux actes de violence, activité incoercible ou propension marquée à la mutilation volontaire et au suicide. Il importe que le médecin sache, en pareille occur-

rence, à quels moyens il doit avoir recours, et de quelle façon il doit les utiliser.

Le seul moyen de contention dont on doive faire usage chez les aliénés est la *camisole de force*, qu'on peut remplacer quelquefois même par un simple manchon.

La *camisole de force* est une camisole de forte toile, lacée par derrière et dont les manches, très longues, débordant de beaucoup les bras du malade qu'elle emprisonne, peuvent se replier ensuite et se fixer autour du corps, immobilisant ainsi les membres supérieurs d'une façon plus ou moins complète, suivant qu'elles sont plus ou moins serrées. Il est extrêmement important d'avoir une bonne camisole, solide et bien faite. Dans les hôpitaux ordinaires et même dans certains asiles d'aliénés et maisons de santé, on fait usage de camisoles défectueuses qui sont insuffisantes ou nuisibles et ne remplissent qu'incomplètement leur but. Aussi, lorsqu'on prévoit qu'il pourra être nécessaire d'employer cet appareil dans le traitement des aliénés à domicile, vaut-il mieux se pourvoir à l'avance, soit en le faisant fabriquer sur un bon modèle, soit en se le procurant dans un établissement d'aliénés. On sera ainsi prêt à toute éventualité, et non pas exposé, comme on l'est quelquefois, à attacher subitement le malade avec des cordes qui le meurtrissent, l'irritent, le révoltent, et souvent même entraînent des accidents fâcheux. Jamais, en effet, et sous aucun prétexte, on ne doit garrotter l'aliéné.

La façon de passer la camisole à l'aliéné et de la

fixer a aussi son importance, et c'est là encore une des raisons pour lesquelles il vaut toujours mieux confier le malade à des serviteurs expérimentés, sur lesquels on peut se reposer soit pour la surveillance à exercer, soit pour les mesures habituelles ou imprévues à prendre. On peut affirmer très catégoriquement qu'*une camisole de force bien mise et fixée d'une façon intelligente, n'a jamais fait de mal à un aliéné.*

En général, il faut être au moins deux pour appliquer la camisole. Plus le nombre d'aides est grand, d'ailleurs, et plus la chose est préférable, car on évite ainsi les luttes pénibles et les résistances. Quoi qu'il en soit, le temps difficile de l'opération, pour éviter de faire le moindre mal au malade, consiste à faire pénétrer ses bras dans les manches de l'appareil. Le meilleur procédé consiste à passer soi-même les deux bras au rebours dans les manches de la camisole, et d'aller ainsi, par l'ouverture des épaules, au devant des mains du malade, qu'on entraîne dans les siennes en sortant par la même voie, pendant qu'un aide, placé derrière le malade, tire à soi le corps de la camisole qu'il lui lace sur le dos, en ayant soin de ne pas serrer le cou ni de comprimer le thorax au point de gêner la respiration. On peut immobiliser plus ou moins complètement les bras, suivant les cas.

L'*aliéné ainsi camisolé, doit être livré à lui-même et laissé libre de ses mouvements*, sauf dans les cas exceptionnels de tendance incoercible à la violence ou au suicide, où on peut le faire surveiller de près ou le tenir renfermé. La nuit, lorsqu'il est néces-

saire de maintenir en place la camisole, il convient, pour donner tout son jeu à la poitrine, de dérouler les manches, de les allonger le long du corps et d'en fixer les extrémités aux barreaux du lit, ordinairement disposé à cet effet.

Le *médecin, et le médecin seul, doit être juge de l'opportunité de l'emploi de la camisole de force et de la durée du temps pendant lequel il convient de l'employer.* Dans aucun cas, le libre usage ne doit en être laissé aux serviteurs, qui ont nécessairement une tendance marquée à en faire abus.

Lorsqu'il n'est pas utile d'immobiliser les bras de l'aliéné, mais ses mains seulement, comme par exemple dans les cas de tendance incoercible à l'onanisme ou à la destruction des vêtements, on peut remplacer la camisole de force par un de ces *manchons* en cuir ou en toile dont on se sert dans les asiles d'aliénés, et qui maintiennent les mains appliquées au niveau de la ceinture.

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels, et lorsque la nécessité absolue en est reconnue qu'on peut, d'une façon tout à fait temporaire, d'ailleurs, maintenir les jambes d'un aliéné fixées au lit, au moyen d'*entraves* spéciales, rembourrées et modérément serrées sur le cou de pied.

Tels sont les seuls moyens de contention à employer chez les aliénés. *Tous les autres, quels qu'ils soient, doivent être proscrits d'une façon absolue.* Encore la camisole de force elle-même ne doit-elle être appliquée qu'avec modération, et lorsque le médecin la juge réellement nécessaire.

2° *Soins à donner aux gâteux.* — Un certain nombre d'aliénés gâteux, par exemple les déments paralytiques, sont susceptibles d'être traités à domicile. Il convient donc d'indiquer les principaux soins hygiéniques que réclame leur état.

Se basant sur ce fait que l'acte de la défécation est soumis aux lois de l'habitude, on a cherché à *régulariser cette fonction* chez les gâteux, en provoquant des selles à heure fixe. De même, on a essayé de les faire uriner toutes les deux ou trois heures. Il est certain qu'on a pu, de la sorte, diminuer, dans une certaine mesure, les conséquences de leur infirmité; mais, en somme, le moyen n'est guère pratique, et les résultats qu'on en obtient restent toujours très imparfaits. Aussi, convient-il d'avoir recours dans tous les cas, à des soins hygiéniques spéciaux si l'on veut prévenir la formation des plaies et des eschares, qui ont une si grande tendance à survenir chez ces malades.

Outre des soins de propreté minutieux, consistant en changements fréquents de linge et d'effets, lavages réitérés et lotions avec de l'eau phéniquée et des liquides astringents, applications fréquentes de poudres desséchantes et absorbantes, comme les poudres de riz, de lycopode, de charbon, de quinquina, il est nécessaire de faire coucher les gâteux sur des lits spéciaux.

Le meilleur *lit de gâteux* consiste dans un lit en fer à côtés pleins, dont le fond constitue un double plan incliné convergeant vers le centre qui est perforé et laisse couler les liquides dans un bassin placé

au-dessous. Le lit est rempli à même de varech, qu'on recouvre d'un drap. En changeant de drap tous les jours et en enlevant également chaque matin la partie de varech souillée, on a très facilement un lit doux, propre et parfaitement sec.

A défaut de ce lit, on peut placer dans un lit ordinaire, au lieu d'un grand matelas, trois petits matelas rangés côte à côte. Celui du milieu fait en varech, paille, balle d'avoine ou zostère, est destiné à être seul souillé et est remplacé tous les jours. Au-dessous, on dispose parfois, sur le sommier ou la paillasse, une toile imperméable de caoutchouc. Enfin, on peut employer encore les matelas à air ou à eau.

A l'aide de ces divers moyens, on en arrive à faire coucher le malade sur un lit toujours sec et sain, et à prévenir, dans une certaine mesure, les plaies et le eschares.

3° *Alimentation forcée des aliénés.* (*Manuel opératoire.*) — Tout ce qui a trait à la question de la sitiophobie au point de vue purement pathologique a été indiqué dans le cours de l'ouvrage; nous n'avons, par conséquent, à nous occuper ici que du *Manuel opératoire* de l'alimentation forcée chez les aliénés. Il est bien entendu que le cathétérisme œsophagien chez les sitiophobes, doit toujours être pratiqué par les fosses nasales et non par la cavité buccale, cette dernière voie offrant, chez eux, des inconvénients de toute sorte que l'on comprend sans peine et qu'il est inutile d'énumérer ici.

Le malade doit être assis ou couché dans son lit.

S'il est couché, on doit lui maintenir la tête assez élevée à l'aide d'oreillers. Si la tête était trop basse et qu'après l'injection des liquides alimentaires il fût pris de vomissements, les liquides, en refluant, pourraient pénétrer dans les voies aériennes et l'asphyxier. S'il est par trop agité, on peut le fixer à l'aide de la camisole ou le faire maintenir par des aides. Dans certains cas, ces deux moyens de contention sont à la fois nécessaires. Il faut avoir la précaution de s'assurer de la liberté des fosses nasales, et de la débarrasser, par des moyens appropriés, des corps étrangers et du mucus qui peuvent l'encombrer.

L'opérateur doit, la première fois surtout, choisir une sonde en gomme de préférence, d'un très petit calibre, molle, flexible, d'une longueur considérable, ne présentant sur aucun point de ses parois ni défectuosité, ni saillie, ni éraillure qui puissent blesser le malade. Nous recommandons d'employer les premières fois une sonde d'un très petit calibre. Il est vrai que, de cette façon, l'introduction dans les voies aériennes est plus facile, mais on peut l'éviter et d'ailleurs l'opération devient ainsi bien plus aisée. Plus tard, au bout de quelques jours, la voie est faite, il se forme pour ainsi dire un véritable chemin que la sonde suit sans difficulté ; on peut alors en augmenter le calibre progressivement. On ne saurait croire combien, au bout d'un certain temps, le passage d'une sonde même d'un moyen calibre devient facile et l'opération aisée.

Après s'être assuré que la sonde est perméable et l'avoir graissée d'huile, l'opérateur la prend de la

main droite comme une plume à écrire à quelques centimètres de son extrémité inférieure, tandis qu'il appuie sa main gauche sur le front ou mieux sur les yeux du malade en se plaçant à sa droite. Il convient, en effet, de lui cacher les divers temps de l'opération afin de le surprendre pour ainsi dire et de l'empêcher de s'opposer, au moins en partie, aux difficultés de l'opération.

Au moment où l'opérateur s'apprête à faire pénétrer la sonde dans les narines, il doit, au préalable, l'infléchir légèrement, comme nous l'avons dit, de façon à lui faciliter son changement de direction au niveau du pharynx. Tout étant prêt, l'opérateur, après avoir choisi une narine quelconque ou celle qui lui paraît la plus perméable, l'enfonce doucement dans le nez, en ayant soin d'appuyer avec la sonde sur la partie inférieure de la fosse nasale, au-dessous du cornet inférieur, c'est-à-dire dans sa partie la plus large, et la fait pénétrer ainsi jusqu'au pharynx. Si la narine est trop étroite, on change de côté ou on prend une sonde plus petite; c'est là le premier temps de l'opération.

Arrivée au niveau du pharynx, la sonde se recourbe le plus souvent sur elle-même en vertu de sa flexibilité et de l'inflexion qu'on lui a donnée au préalable; on peut, du reste, aider ce changement de direction en élevant la main et en fléchissant les doigts de façon à déprimer le plancher des fosses nasales. Si l'on éprouve quelques difficultés et que la sonde vienne buter et s'arrêter contre la paroi du pharynx, dans aucun cas on ne doit essayer de vaincre la résistance

qu'on éprouve; il vaut mieux retirer la sonde, lui donner une courbure plus accentuée, et recommencer l'opération. La sonde descend ainsi verticalement jusqu'à la base de la langue; c'est là le deuxième temps de l'opération.

Dans certains cas, la sonde passe sans peine derrière la langue et pénètre dans l'œsophage. Mais le plus souvent, comme nous l'avons dit, le malade tient sa langue fortement appliquée contre la paroi postérieure du pharynx; l'obstacle est invincible, la sonde ne peut le franchir. C'est là, sans contredit, le temps le plus difficile, le seul réellement difficile peut-être de l'opération. On peut faire quelques tentatives légères de pression pour voir si l'obstacle cède, mais jamais, et dans aucun cas, on ne doit essayer d'en triompher par force; si l'on appuyait trop violemment, on n'arriverait qu'à courber la sonde et à la faire ressortir par la bouche, ou à la casser en deux et à la replier sur elle-même. L'indication essentielle est la suivante. On maintient la sonde légèrement appuyée sur la base de la langue et on attend patiemment que le malade exécute un mouvement de déglutition. Lorsque ce mouvement se produit, et il se produit parfois, la sonde, toujours maintenue appuyée sur la base de la langue, ne trouvant plus son point d'appui glisse dans l'œsophage, on la pousse plus avant, et l'opération se trouve terminée. Mais ce mouvement de déglutition peut être très long à se produire. Les malades, dans le but de s'opposer au passage de la sonde, restent là sans mouvement, respirant à peine, n'avalant pas. Lorsqu'après avoir

attendu un instant, on voit que le malade est décidé à ne point faire de mouvement de déglutition, il existe un moyen rapide et sûr de passer, c'est de provoquer soi-même ce mouvement de déglutition. M. Sizaret, qui, le premier, a parlé, je crois, de ce moyen, en 1877, injecte dans la gorge du malade un liquide quelconque, alcoolique de préférence, qui, par la double action de son contact et de l'irritation qu'il produit, détermine le mouvement de déglutition attendu. Voici comment on peut opérer dans ces cas. La main est toujours appliquée sur les yeux du malade afin de lui cacher ce temps de l'opération et de le surprendre. A ce moment, un aide remplit d'eau ou de liquide alcoolique une seringue à injection, à l'aide de laquelle il injecte vivement ce liquide dans le pharynx du malade par la narine restée libre. Le malade est surpris, un mouvement presque involontaire de déglutition se produit, et la sonde, que l'opérateur tient toujours appliquée contre la langue et qu'il s'apprête à pousser en avant, pénètre pour ainsi dire sans effort dans l'œsophage. Elle est littéralement avalée avec le liquide introduit. L'opérateur a parfaitement conscience de cette aspiration de la sonde qui, dégagée brusquement de l'obstacle sur lequel elle reposait, est manifestement attirée en bas. Ce moyen réussit toujours à condition qu'on sera sur ses gardes et que, sans perdre un instant, on poussera vivement la sonde dès que le mouvement de déglutition se produit. C'est là le troisième et dernier temps de l'opération. Il ne reste plus qu'à pousser la sonde jusque dans l'estomac ou

seulement jusque vers la partie inférieure de l'œsophage.

L'opération proprement dite est terminée, mais on ne doit point se hâter de faire l'injection des liquides alimentaires, il reste un point à éclaircir. La sonde est-elle dans l'œsophage ou dans les voies aériennes? C'est un véritable diagnostic qu'il faut établir.

Voici les signes qui permettent de l'établir d'une manière à peu près certaine.

Disons d'abord qu'avec un peu d'habitude on en arrive, comme certains chirurgiens dans le diagnostic des maladies des voies urinaires, à sentir parfaitement avec les doigts la nature et la position des diverses parties que traverse la sonde. Si elle pénètre dans l'œsophage, on la sent glisser avec la plus grande facilité et sans frottement rude sur un conduit large, lisse, uni; si elle pénètre dans les voies aériennes, on la sent se heurter successivement contre les inégalités et les aspérités du conduit, d'abord l'épiglotte, puis les cordes vocales qui l'arrêtent plus ou moins; plus bas, on sent la sonde descendre d'anneau en anneau dans la trachée d'une façon saccadée. Nous avons conseillé de prendre toujours une sonde très longue; voici pourquoi. Lorsque la sonde est dans l'œsophage, elle pénètre sans effort jusqu'à ce que le pavillon vienne au niveau de l'orifice extérieur des fosses nasales, on sent même qu'elle pourrait aller plus loin. Si elle a pénétré dans le larynx, on sent qu'il arrive un point où elle éprouve une résistance considérable et qu'elle ne peut généralement pas franchir, pour si petite qu'elle

soit ; cet obstacle, c'est l'éperon de la trachée. Là, en effet, la trachée se divise angulairement en deux branches et c'est au niveau de cet éperon que la sonde se trouve arrêtée. Si on pousse la sonde et qu'on l'abandonne à elle-même, elle remonte de quelques centimètres. Si on a pénétré dans l'œsophage, la respiration continue en général à s'effectuer d'une façon normale, surtout si la sonde est petite, par ce fait qu'elle ne comprime que très légèrement le larynx en avant ; si elle est dans les voies aériennes et pour si anesthésique que soit le malade, la respiration devient difficile, anxieuse, et il survient parfois aussi une toux rauque, enrouée, oppressée ; on peut encore augmenter la valeur de ce signe en bouchant le pavillon de la sonde avec le pouce ; si l'on est dans le larynx, la respiration devient encore plus difficile, elle ne peut plus s'opérer, il se produit des symptômes d'asphyxie ; si l'on est dans l'œsophage, elle reste libre. On peut également essayer de faire parler le malade en lui posant brusquement une question à laquelle il soit pour ainsi dire obligé de répondre. Si la voix est libre et nette, on est dans l'œsophage ; si elle est rauque, enrouée, et même éteinte, on est dans le larynx. Lorsque la sonde pénètre dans l'œsophage, il est des bulles de gaz qui viennent éclater à la surface du pavillon avec un son spécial, son tubuleux, produit par leur renforcement dans le tube membraneux. Ces gaz sont mélangées aux mucosités et aux liquides des voies digestives, de sorte qu'ils produisent une résonnance, une sensation spéciale, qu'on ne saurait mieux comparer

qu'aux gargouillements de l'intestin; ces gaz ont en outre une odeur spéciale qu'on peut sentir à distance ou même flairer à l'extrémité de la sonde. Si l'on a pénétré dans la trachée, il ne se produit rien de pareil; des bulles viennent bien éclater encore à la surface du pavillon, mais elles ne produisent plus la même sensation; ce sont des bulles fines de gaz, c'est un courant d'air, un tirage, une véritable respiration qui s'opère par la sonde comme par la canule après l'opération de la trachéotomie.

On peut, comme certains auteurs l'ont proposé, insuffler une certaine quantité d'air dans la sonde et ausculter ensuite le malade pour voir si l'air a pénétré dans les poumons. Mais ce moyen ne donne pas de résultats très satisfaisants. Il est d'ailleurs difficile, dans les conditions où l'on se trouve, d'ausculter le malade, surtout s'il est camisolé et maintenu par des aides. On a proposé également d'approcher une bougie allumée du pavillon de la sonde et d'apprécier l'effet produit sur la lumière par l'air qui s'en échappe si la sonde est dans la trachée. C'est un moyen qu'on peut employer.

Ainsi, lorsque la sonde a pénétré sans difficulté dans un conduit lisse et sans aspérités jusqu'au niveau du pavillon; qu'aucune gêne respiratoire, ou qu'aucune raucité de la voix ne s'est produite, alors même qu'on a bouché la sonde; enfin, qu'on a entendu les gargouillements de l'estomac, on peut être certain que la sonde a pénétré dans l'œsophage. Pour plus de précautions, car on n'en saurait trop prendre, et c'est une chose que l'on doit toujours

faire avant de pratiquer l'injection, on peut injecter seulement quelques gouttes de liquide dans la sonde.

S'il ne survient pas de quinte de toux avec nausées, congestion de la face et efforts pour expuer le liquide, il est à peu près certain que la sonde est dans la bonne voie. On peut, enfin, se servir également de la sonde que j'ai proposée sous le nom de *sonde d'épreuve* et qui, au moyen d'une ampoule dont elle est munie et qu'on dilate à volonté, permet de s'assurer si on se trouve ou non dans l'œsophage.

Pour les raisons que j'ai indiquées plus haut et sur lesquelles je ne reviendrai pas, je conseille de pratiquer chaque fois le *lavage de l'estomac* avant de faire l'injection des liquides alimentaires; ce lavage est un excellent moyen de traitement contre l'état pathologique du tube digestif qui accompagne presque constamment le refus d'aliments, quand il ne le provoque pas de toutes pièces, et, par suite, contre la sitiophobie elle-même qui cède souvent à son efficacité. Le lavage de l'estomac, chez les aliénés, peut se pratiquer soit avec la pompe stomacale qu'on adapte à l'extrémité évasée de la sonde émergeant des narines et qui permet d'injecter et d'aspirer successivement le liquide détersif, soit à l'aide d'un long tube de caoutchouc analogue au tube de Faucher, qu'on adapte par l'une de ses extrémités également à l'extrémité de la sonde, par l'autre au bec d'un entonnoir et qu'on manœuvre, comme le tube de Faucher, à la façon d'un siphon. Le lavage fait, on peut se servir du même appareil, pompe stomacale ou tube muni d'un entonnoir, au lieu de

l'irrigateur qui sert d'ordinaire pour faire pénétrer les liquides alimentaires dans l'estomac. Ces liquides, préparés à l'avance et chauffés à la température du corps, doivent être constitués par des mélanges variés de lait, bouillon, œufs, peptones de viande, chocolat, vins, huile de foie de morue, etc., auxquels on ajoute, suivant les cas, des toniques, des ferrugineux, et les principes médicamenteux qui paraissent nécessaires.

L'opération terminée, on retire la sonde en ayant soin d'en obturer le pavillon à l'aide du pouce, de façon à former le vide et à ne pas laisser s'égoutter le liquide qu'elle contient dans le larynx, au moment de son ascension. Lorsque la sitiophobie paraît devoir persister, il convient de pratiquer l'alimentation forcée deux ou trois fois par jour.

CHAPITRE V

DÉONTOLOGIE MÉDICO-MENTALE

Il arrive parfois, dans la pratique professionnelle, que le médecin est consulté sur certaines questions délicates, ayant trait surtout à l'*hérédité de l'aliénation mentale* et aux conséquences qui en découlent pour la famille des malades. Le rôle de l'homme de l'art n'est pas toujours alors des plus faciles, ni son intervention des plus aisées ; aussi, me paraît-il utile d'indiquer quelques-uns des points qui peuvent lui faciliter sa tâche, en pareille occasion. Les principales questions à résoudre dans cet ordre d'idées, sont les suivantes : 1° *Rapports sexuels entre un aliéné et son conjoint ;* 2° *chances d'hérédité dévolues aux divers membres de la famille d'un aliéné ;* 3° *mariage des aliénés et des parents d'aliénés.*

1° *Rapports sexuels entre un aliéné et son conjoint.* — La solution de cette question, souvent embarrassante, peut s'imposer au médecin dans deux circonstances bien différentes : *a.* — *pendant la maladie* même de l'aliéné ; *b.* — *après sa guérison.*

a. — Dans le premier cas, il s'agit soit d'un individu traité d'une façon quelconque à domicile, et qui vit en contact plus ou moins intime avec les siens, soit d'un malade interné dans un établissement spécial, et dont on autorise, pour des raisons diverses, les entrevues ou les promenades avec son conjoint. Le plus souvent, le médecin n'est pas consulté au sujet des rapports conjugaux, qui ont lieu ou qui n'ont pas lieu en dehors de son intervention ; parfois, cependant, il est appelé à émettre son avis sur leur opportunité et sur les inconvénients auxquels ils peuvent donner lieu. La réponse du praticien ne saurait être douteuse, en pareille circonstance, et il va de soi qu'il doit interdire formellement tout rapport sexuel entre l'aliéné et son conjoint, non seulement comme un objet de surexcitation ou d'épuisement pour le malade, mais encore comme une tentative dangereuse au point de vue de la procréation possible : étant donné, en effet, que les enfants nés d'un générateur en puissance d'aliénation, au moment de la procréation sont eux-mêmes plus exposés que tout autre à la folie. C'est encore là, du reste, une des mille raisons pour lesquelles l'isolement s'impose dans les cas de ce genre, car lorsque l'aliéné continue à vivre en famille, on se heurte à des difficultés de toute nature, et il devient difficile de s'opposer efficacement à ses désirs et à ses penchants. Quoiqu'il en soit, il convient de proscrire d'une façon absolue les rapports conjugaux entre deux époux dont l'un est, à ce moment, sous le coup d'un accès de folie.

b. — Il n'en est plus de même lorsque l'aliéné est guéri, et il me paraît absolument arbitraire de vouloir s'opposer, comme on le fait quelquefois, et comme j'en ai vu tout récemment un exemple, aux légitimes revendications d'un individu revenu à la raison et par conséquent, en pleine possession de ses droits conjugaux. Certes, nul n'ignore combien sont dangereux, au point de vue social, les rapprochements sexuels d'un ancien aliéné; mais en dépit de toutes les considérations possibles, il n'en reste pas moins évident qu'on n'a pas le droit de le contraindre sur ce point, pas plus qu'il n'est permis d'intervenir, sous le même rapport, vis-à-vis d'un phthisique, ou de tout autre individu porteur d'une diathèse transmissible à la descendance. Si l'aliénation mentale offre ses dangers, les maladies constitutionnelles d'ordre physique ont aussi les leurs, et il ne saurait y avoir de loi d'exception pour la première, qui doit rentrer dans le droit commun. C'est ce que le médecin peut faire valoir, lorsqu'il est appelé à donner son avis sur ce point. Il est de son devoir, toutefois, d'agir avec prudence et de chercher à atténuer, dans une certaine mesure, les conséquences possibles de rapprochements sexuels accomplis dans de pareilles conditions en les retardant jusqu'à la guérison complète du malade, et en invitant celui-ci, dans l'intérêt même de sa santé future, à apporter la plus grande modération dans l'accomplissement de ses désirs. Quant aux moyens de restriction dont on ne fait que trop usage aujourd'hui pour rendre sans effet, au point de vue de la procréation, les rapports

conjugaux, je ne crois pas qu'il appartienne au médecin d'intervenir à leur endroit, encore moins de les conseiller; car il s'agit là d'une question des plus délicates et qui échappe complètement à la juridiction médicale.

2° *Chances d'hérédité dévolues aux divers membres de la famille d'un aliéné.* — Dans une des récentes séances de la Société médico-psychologique, M. Billod a judicieusement soulevé la question de pratique médico-mentale suivante : « Conduite à tenir quand on est consulté par un sujet qui se croit menacé de folie parce qu'il est issu de parents aliénés. » Cette communication et la discussion qui s'en est suivie ont abouti à cette conclusion à peu près générale que le devoir du médecin en pareil cas, consiste, avant tout, à rassurer son client, tout en conservant une grande réserve. Il est certain que c'est là, en effet, la position habituelle que le médecin doit prendre, et qu'il ne doit pas plus effrayer un fils d'aliéné qui se croit menacé de folie, qu'un fils de phthisique, par exemple, qui appréhende à son tour de devenir tuberculeux. Mais ce n'est là qu'une indication générale, et la question comporte d'autres points de vue qui ont été passés sous silence et qu'il est cependant utile de résoudre. Ainsi, ce n'est pas seulement par un descendant d'aliéné qu'on peut-être consulté à cet égard; ce peut-être par un collatéral ou par un parent éloigné; ce peut-être aussi, non plus par l'intéressé lui-même, mais par un de ses proches ou son conjoint, par une mère, par exemple, qui s'inquiète

de l'avenir de son enfant, ou par une femme qui voudrait savoir ce qu'elle a à redouter pour son époux. Bref, il peut arriver tel cas ou le médecin soit obligé non plus de rassurer quand même, mais de parler avec franchise et de faire valoir les raisons de l'opinion qu'il formule. D'autre part, il me semble que sa réponse ne doit pas être indistinctement la même pour tous les cas et qu'il ne saurait, par exemple, appliquer à un descendant de paralytique général les mêmes probabilités pathologiques qu'au fils d'un lypémaniaque ou d'un persécuté; par cette raison bien simple que les diverses formes d'aliénation n'exposent pas toutes au même degré ni au même type d'hérédité. Il convient donc, lorsqu'on est appelé à résoudre le problème des chances d'hérédité, en aliénation mentale, de ne pas se borner à prendre pour tâche de dissiper des appréhensions plus ou moins fondées, mais de formuler une opinion scientifique et raisonnée, en prenant surtout pour base certaines considérations relatives : *a.* — à *la personne qui interroge ; b.* — à *celle pour laquelle on interroge*; *c.* — à *la forme d'aliénation mentale qui est en cause.*

a. — En ce qui concerne la personne qui interroge, il n'y a pas, à proprement parler, de considérations spéciales à faire valoir, et les préceptes déontologiques en usage dans la pratique médicale ordinaire, sont également applicables à la pratique médico-mentale. C'est dire assez que lorsqu'on est consulté par l'intéressé lui-même, il est nécessaire de

dissimuler fréquemment et de ne jamais assombrir l'avenir, alors même que la perspective du mal redouté serait, pour ainsi dire, fatale. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'une autre personne que celle qui est en cause, on peut s'exprimer avec moins de réserve, surtout s'il y a intérêt à instituer un traitement préventif susceptible de diminuer, dans une certaine mesure, les chances de folie.

b. — Les considérations relatives à la personne dont on a à supputer les chances d'hérédité se tirent surtout de son *degré de parenté* avec le ou les aliénés qui ont existé dans la famille, ainsi que *de sa constitution organique* et *psychique.* Il est clair en effet, que plus les liens de parenté sont étroits entre l'intéressé et le malade, plus ses chances d'hérédité seront grandes. Le fils et la fille seront ainsi plus exposés que le frère ou la sœur, ceux-ci plus que le neveu et la nièce, ces derniers enfin, plus que les cousins à tous les degrés. De même, les enfants seront plus exposés lorsque la folie aura existé chez leur mère que chez leur père, et, pour les enfants d'un même aliéné, ceux nés à une époque plus rapprochée de la maladie de l'ascendant, auront également bien plus de chances morbides à leur actif. Enfin, on prétend que la folie du père se transmettrait plus fréquemment aux filles, et celle de la mère aux garçons, fait qui est loin d'être démontré, pas plus qu'il n'est suffisamment établi que les enfants qui ressemblent physiquement à un de leurs ascendants, tiennent surtout de l'autre au point de vue

psychique, et par suite ont une tendance marquée à hériter des affections mentales de ce dernier.

Quant au tempérament, à la constitution physique et psychique de l'intéressé, il est clair que c'est là un élément d'information important, et dont il faut tenir grand compte, dans le calcul individuel des probabilités morbides. On sait, en effet, que dans les familles d'aliénés, tous les descendants ne sont pas fatalement voués à la folie, et qu'à côté d'individus mal équilibrés ou aliénés eux-mêmes, il en est d'autres dont l'intelligence, normalement organisée, ne subit jamais la moindre atteinte. Or, parmi les *types disparates* dont se composent ces familles, il est assez facile de distinguer, en général, les *sains d'esprit* des *candidats à la folie*. Ceux-ci se font remarquer, dès leur jeune âge, par un manque absolu d'équilibre dans les facultés, par un défaut de pondération et d'harmonie, l'absence de suite dans les idées et de logique dans la conduite, par une prédominance manifeste du tempérament nerveux, une impressionnabilité maladive, une tendance marquée à l'excitation ou à la dépression morale sous l'influence de la moindre cause, quelquefois à des alternatives d'excitation et de dépression. Les autres, au contraire, sont tout à fait pondérés et maîtres d'eux-mêmes, et on sent, à leur contact, qu'on se trouve en présence d'individus normaux, n'ayant que peu ou point pris de part à l'héritage pathologique. A plus forte raison la différence s'accentuera-t-elle si les enfants d'aliénés, déjà parvenus à l'âge adulte, ont nettement accusé les caractères de leur tempérament; les uns ayant déjà

présenté quelques traces de trouble cérébral, soit dans le bas âge, soit, ce qui est plus fréquent, à l'occasion de la puberté ou des premières émotions de la vie, les autres, au contraire, ayant déjà traversé ces diverses étapes sans avoir éprouvé la moindre secousse intellectuelle, ni subi le moindre choc moral. En un mot, il faut soumettre directement ou indirectement l'individu sur l'avenir duquel on est consulté à une analyse psychologique minutieuse, comme on soumettrait à un examen pulmonaire attentif, un fils de phthisique qui inspirerait pour lui-même quelques inquiétudes.

c. — Mais l'élément d'appréciation le plus important, dans la question, est sans contredit l'étude du *type d'aliénation mentale* qui est en cause.

Et d'abord, a-t-on affaire à un cas isolé, unique dans la famille, ou, au contraire, à plusieurs faits du même genre, établissant que le principe du mal est déjà profondément enraciné, et que la tare est destinée à se transmettre de génération en génération? L'aliénation mentale existe-t-elle d'un seul côté, ou dans les deux lignées à la fois, paternelle et maternelle? Y a-t-il déjà, dans la génération à laquelle appartient l'individu suspecté, quelques exemples d'excentricité, de névroses, de folie, de dégénérescence intellectuelle, ou, au contraire, des signes de constitution normale? La maladie de l'ascendant a-t-elle été un accident purement fortuit, imprévu, occasionné par des causes puissantes et tout à fait individuelles, ou, au contraire, a-t-elle éclaté sous

l'influence d'une cause légère, surajoutée à une prédisposition déjà existante? Ce sont là tout autant de points importants, sur lesquels doit se porter l'attention.

Enfin, et c'est là un fait capital, à mon avis, bien qu'il n'en ait pas, non plus, été tenu compte dans la discussion citée plus haut, il importe de spécifier nettement, avant de se prononcer, les caractères et la forme de l'aliénation mentale qui a existé dans l'ascendance. Nous n'en sommes plus, en effet, à penser qu'il est indifférent, au point de vue des conséquences morbides, d'avoir affaire à telle ou telle variété d'aliénation, et les travaux sur l'hérédité et sur la constitution biologique des familles d'aliénés qui ont suivi ceux de Lucas, Morel, Moreau (de Tours) ont nettement établi déjà, à ce point de vue, des distinctions fondamentales, utilement applicables à la pratique.

On sait, tout d'abord, que *certaines formes d'aliénation mentale prédisposent bien plus que d'autres à l'hérédité*, et que le suicide, la folie à double forme, les manies et lypémanies raisonnantes, intermittentes ou périodiques, pour ne citer que celles-là, exposent presque fatalement la descendance, tandis que certaines autres, comme la manie et la lypémanie aiguës, la paralysie générale, etc., compromettent à un degré bien moindre l'avenir de la famille. On sait aussi, et c'est ce que nous nous sommes particulièrement attachés à démontrer, M. Ball et moi, dans un travail récent sur les caractères biologiques des familles d'aliénés, que l'*hérédité*, *en aliénation men-*

tale, se présente surtout sous trois types morbides ayant des caractères nettement distincts, quoique en apparence similaires : 1° le *type névrosique* ou *névropathique*, qui tire son origine des névroses et donne naissance aux névroses et à la folie névropathique ; 2° le *type cérébral ou congestif*, qui tire son origine, des affections cérébrales proprement dites et donne naissance aux affections cérébrales, compliquées ou non de folie ; 3° le type *vésanique* qui tire son origine des vésanies ou folies proprement dites, et donne naissance de même aux vésanies, c'est-à-dire à la folie pure. L'évolution spéciale des manifestations morbides de chacun de ces types héréditaires, *permet donc*, dans une certaine mesure, *d'établir à l'avance à quelle catégorie d'affections mentales les membres d'une famille sont plus particulièrement exposés*. Ainsi, par exemple, dans le cas qui nous occupe, lorsque l'individu en litige est un descendant de paralytique général, la réponse du médecin ne saurait être la même que s'il s'agissait d'un fils de vésanique. Voici, du reste, en quels termes nous avons, M. Ball et moi, formulé notre opinion à cet égard : « Ainsi, la paralysie générale ne naît point de la folie, et n'engendre point la folie. Comme les maladies cérébrales, elle naît des maladies cérébrales et engendre des maladies cérébrales.

« Il en résulte que les paralytiques généraux n'étant pas fils de fous et ne produisant pas de fous, les *enfants de ces malades échappent à l'hérédité vésanique*, et que, s'ils sont voués à une classe de maladies spéciales en raison de la paralysie générale de

leur père ou de leur mère, ce n'est évidemment pas à la folie, mais *aux affections cérébrales* de tout ordre.

« De sorte que, consulté — ce qui arrive aujourd'hui journellement — sur l'avenir réservé à l'enfant d'un paralytique général, le médecin pourra répondre juste le contraire de ce que répondent en général les praticiens et même les spécialistes les plus au courant de ces questions, à savoir que l'enfant d'un paralytique, par ce fait seul qu'il est l'enfant d'un paralytique, n'est nullement prédisposé à devenir fou, qu'il n'a à craindre, par prédisposition, que les affections cérébrales, et que, par conséquent, les deux périodes critiques de la vie chez lui sont le bas âge, en raison de la tendance aux accidents cérébraux infantiles à ce moment, et l'âge mûr, époque des paralysies cérébrales et de la paralysie générale elle-même.

« En somme, l'avenir est beaucoup plus rassurant ainsi ; avec d'autant plus de raison que, bien différentes en cela des familles de vésaniques dans lesquelles les cas de folie se multiplient de plus en plus, les familles de paralytiques se débarrassent dans le bas âge de leur contingent le plus mauvais et s'y purifient, pour ainsi dire, au souffle des affections cérébrales infantiles ; en sorte que ces familles ainsi régénérées, si l'on peut ainsi parler, par une espèce de sélection morbide, ce qui reste de la descendance des paralytiques peut être considéré comme à peu près normal. »

Au contraire, s'il s'agit d'une famille dans laquelle

ont existé plusieurs cas de folie propremeut dite ou vésanie, c'est également *la folie pure ou vésanie qu'on aura à craindre pour la descendance*, par ce fait que, dans l'hérédité vésanique, c'est l'aptitude répétée à la folie qui constitue, à chaque génération, la caractéristique de la morbidité.

Il en est de même, enfin, pour les familles de névropathes ou névrosiques, dans lesquelles le type d'hérédité névropathique se présente avec ses caractères particuliers.

Mais il est quelquefois possible de pousser plus loin encore l'induction scientifique, relativement aux probabilités morbides à supputer. Non seulement, en effet, il est possible de déterminer presque sûrement à l'avance auquel des trois types d'hérédité peut répondre l'individu en cause, mais encore, dans certains cas particuliers, à *quelle variété de folie* il est le plus exposé à succomber lui-même. C'est ainsi, par exemple, que les fils de suicidés sont souvent entraînés eux-mêmes au suicide, et que les fils de fous à double forme sont également susceptibles de présenter le même genre de folie que leur ascendant, de préférence à tout autre.

On voit à quelles considérations intéressantes prêtent ces questions de déontologie médico-mentale. Aussi, bien que cette étude biologique de la famille d'aliénés et de ses différents types ne soit guère encore qu'ébauchée, les déductions pratiques qu'on peut tirer des connaissances acquises sont-elles déjà des plus importantes et permettent-elles au médecin, dans le cas que nous avons en vue, de

formuler une conclusion scientifique et raisonnée et non une réponse pour ainsi dire empirique, ayant uniquement pour but de rassurer l'intéressé.

3° *Mariages des aliénés et des parents d'aliénés.* — Le médecin peut être consulté sur l'opportunité d'un mariage, dans la pratique médico-mentale, soit relativement aux *aliénés eux-mêmes*, soit relativement à *leurs parents.*

a. — En ce qui concerne les aliénés, c'est surtout d'aliénés guéris qu'il s'agit, car la question du mariage d'un aliéné *dans le cours même de sa maladie*, ne peut guère être soulevée qu'exceptionnellement. Il existe cependant quelques cas où le mariage d'aliénés internés dans des établissements spéciaux a été autorisé et reconnu valable, ainsi que l'établit l'intéressante discussion qui a eu lieu sur ce sujet en 1876, à la Société médico-psychologique. Quant aux aliénés non séquestrés, leur mariage présente bien moins de difficultés, et il est tel cas, par exemple lorsqu'il s'agit d'une union *in extremis* destinée à régulariser une situation anormale, comme dans quelques autres circonstances encore, où le médecin peut donner son approbation à un tel mariage. Mais, hors de ces cas tout à fait exceptionnels, le praticien doit se montrer prudent et se tenir à l'écart des mariages d'aliénés qui cachent souvent des mobiles intéressés et des spéculations inavouables.

La question du mariage d'*un aliéné guéri* se présente quelquefois, et Morel dit, à ce propos, qu'il a pu décider hardiment que le mariage pouvait avoir lieu,

lorsque toutefois les individus atteints de folie n'offraient aucun fait de ce genre dans leur ascendance, et que leur maladie avait éclaté sous l'influence d'une cause morale à eux personnelle.

On peut ajouter que le mariage ne peut guère être approuvé, dans ces cas, que lorsqu'il s'agit d'un accès aigu de lypémanie et surtout de manie, seules formes d'aliénation mentale dont la guérison peut être assez certaine pour ne pas compromettre l'avenir de l'ancien malade. Encore, pour si accidentel qu'ait été l'accès de folie, et pour si peu héréditaire qu'il paraisse, le médecin doit-il, en conscience, formuler quelques réserves, tout en émettant une opinion favorable.

Mais c'est surtout en ce qui concerne *les parents d'aliénés* que la question de mariage se pose, dans la pratique médico-mentale. Le plus souvent, il s'agit d'un descendant d'aliéné qui demande, ou dont un parent demande s'il peut impunément contracter mariage et, plus fréquemment encore, d'une personne étrangère qui désire savoir si elle peut, pour l'un des siens, rechercher l'alliance d'un descendant d'aliéné. C'est encore là un point délicat à résoudre et dans lequel le médecin ne saurait apporter trop de circonspection et trop de réserve. Comme dans la question précédente, il doit surtout baser sa réponse sur des considérations relatives à la *personne qui l'interroge*, à *l'individu intéressé* et à la *maladie qui est en cause*.

Lorsque c'est l'intéressé lui-même qui intervient, le cas est souvent embarrassant, car le médecin ne

saurait avoir, avec lui, sa liberté d'action. Aussi, doit-il chercher alors à entrer, sous un prétexte quelconque, en relation avec une autre personne de la famille, vis-à-vis de laquelle il se trouve dans une situation plus indépendante. Au cas, d'ailleurs, où la chose serait impossible, et où le médecin se trouverait dans l'obligation de déconseiller un mariage à un descendant d'aliéné, il pourrait appuyer sa défense sur cet argument que, quoique complètement étranger à la maladie de son père ou de sa mère, l'individu s'expose à en transmettre la prédisposition à sa propre descendance par un fait d'atavisme, et que, par conséquent, il vaut mieux, pour lui, s'abstenir. Il peut aussi l'engager à différer son mariage, lorsque c'est possible, et à attendre le moment où l'âge mûr le mettra dans une certaine mesure à l'abri des accès aigus d'aliénation, bien plus fréquents dans la jeunesse. Enfin, lorsque le cas s'y prête, il peut mettre sa défense sur le compte d'une autre particularité morbide, par exemple sur une trop grande faiblesse de constitution physique, ou sur la nature d'un tempérament moral peu fait pour la vie de ménage.

Lorsque c'est un père, une mère, ou un parent plus éloigné qui consultent pour l'intéressé, on peut être plus franc, quoique tenu encore à certaines réserves. Il sera permis, toutefois, d'exprimer alors plus franchement son opinion.

Enfin, il peut arriver que ce sont des étrangers qui viennent demander au médecin s'ils peuvent sans danger accepter pour l'un des leurs l'alliance d'un

descendant d'aliénés. Il est bien entendu qu'il n'est pas question ici d'étrangers quelconques, sollicitant du praticien une indiscrétion contraire au secret professionnel, mais de personnes déjà en relation avec la famille de l'intéressé, et qui, autorisées par elle, viennent s'enquérir d'un fait qui les touche au plus haut point. Dans ce cas, le médecin a sa liberté d'allures, puisqu'il est autorisé à s'exprimer franchement, tout en conservant la réserve et la délicatesse dont il ne doit jamais se départir dans des situations de ce genre.

Quant aux considérations relatives à l'*intéressé lui-même* et à la *forme d'aliénation* qui a existé dans sa famille, elles sont exactement les mêmes que celles que nous avons développées dans la question précédente, car c'est encore ici l'évaluation des chances d'hérédité qui est en cause. On passera donc en revue le degré de parenté de l'intéressé avec le malade, sa constitution, son tempérament et ses antécédents, comme aussi les caractères de multiplicité, d'intensité, d'origine, de forme de l'aliénation mentale ayant existé chez l'ascendant. On n'oubliera pas surtout la distinction que nous avons établie entre les trois types principaux de l'hérédité, et d'en déduire les conséquences qui en découlent. C'est ainsi, par exemple — je cite encore ici notre travail — « que si l'on est consulté au sujet d'une union à contracter *par* ou *avec* un descendant de paralytique général, on peut hardiment donner à cette union son approbation médicale et scientifique, en affirmant que la paralysie générale est unique-

ment une maladie cérébrale, et qu'à ce titre, elle ne prédispose en rien les descendants à la folie.

« Et s'il me fallait, pour finir, résumer d'un mot typique les conséquences pratiques de cette étude biologique que nous venons de faire, je dirais :

« Si l'on veut épargner à sa descendance le triste héritage de la folie, on peut impunément, je crois, entrer dans la famille d'un paralytique général, mais il est toujours dangereux, dans ces cas, d'épouser la fille d'un fou. »

Il n'est pas indifférent, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'opportunité du mariage d'un descendant d'aliéné, d'étudier, dans la mesure du possible, la famille à laquelle il doit s'allier, et surtout le *tempérament de son futur conjoint.* Il est clair, en effet, que l'union présentera bien moins de dangers, au point de vue de la descendance, dans le cas où le mariage doit constituer un *croisement heureux*, tandis que l'existence d'une égale prédisposition chez les deux futurs serait, au contraire, une indication formelle à l'opposition scientifique du médecin.

Telles sont les principales questions de déontologie médico-mentale que le médecin est appelé à résoudre dans la pratique. Il peut s'en présenter bien d'autres encore, mais leur importance est moins grande et elles ne me paraissent pas comporter, par suite, une étude spéciale.

DEUXIÈME SECTION

PRATIQUE MÉDICO-LÉGALE

Tandis que la *pratique médicale* de l'aliénation mentale n'a jamais été, jusqu'à ce jour, l'objet de travaux spéciaux, la *pratique médico-légale*, au contraire, a attiré de tout temps l'attention des observateurs, et il existe, à cet égard, un nombre considérable d'ouvrages des plus importants, depuis les Traités de Zacchias, Hoffbauer, Fodéré, Mittermaïer, Georget, Marc, Casper, jusqu'à ceux plus récents de Bonnucci, Tardieu, Legrand du Saulle, Krafft-Ebing, sans parler des articles épars dans les Dictionnaires et les Revues, parmi lesquels je citerai seulement ceux de M.-J. Falret, de Linas, et de M. Motet.

Aussi, sans entrer dans des développements historiques ou des discussions scientifiques pour lesquels nous renvoyons aux ouvrages précités et à la plupart des Traités généraux de médecine légale, devons nous nous borner à résumer, au point de vue pratique, les principaux points de la médecine légale des aliénés susceptibles d'intéresser les praticiens, les magistrats, comme les spécialistes eux-mêmes.

La médecine légale des aliénés se divise naturellement en deux parties qui correspondent aux deux grandes divisions de la législation : 1° la partie relative au *droit criminel*; 2° la partie relative *au droit civil.*

Les deux premiers chapitres qui vont suivre seront consacrés à l'étude des questions les plus importantes de la médecine légale criminelle, le troisième et dernier chapitre à celles qui relèvent du Code civil.

CHAPITRE PREMIER

CODE CRIMINEL

I. — Responsabilité pénale des aliénés.
II. — Crimes et délits des aliénés.

1° *Responsabilité pénale des aliénés.*

Irresponsabilité absolue. Responsabilité partielle. — Tout crime ou délit se compose, dit le législateur, du fait et de l'intention ; or, nulle intention criminelle ne peut exister chez un prévenu qui ne jouit pas de ses facultés morales ; et l'impunité doit être acquise à tout homme dont la maladie a énervé l'intelligence, obscurci le jugement, faussé la conscience, égaré la raison et subjugué la liberté. Un seul article du Code pénal consacre, en termes concis et énergiques, ces principes éternels de justice morale, et préserve le fou des rigueurs réservées aux criminels. Article 64 : « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.* » Il n'est pas nécessaire d'ajouter que sous le terme gé-

nérique de *démence*, la loi comprend non seulement la forme d'aliénation mentale qui porte ce nom, mais l'aliénation mentale tout entière, quelle qu'en soit la forme. « Par *démence*, disent MM. Adolphe Chauveau et Faustin Hélie, on doit entendre, puisque aucun texte n'en a restreint le sens, toutes les maladies de l'intelligence, l'idiotisme et la démence proprement dite, la manie délirante et la manie sans délire (c'est-à-dire la manie affective), même partielle. Toutes les variétés de l'affection mentale, quelles que soient les dénominations que leur applique la science, quelque classification qu'elles aient reçue, revêtent la puissance de l'excuse et justifient l'accusé, pourvu que leur influence sur la perpétration de l'acte puisse être présumé. »

Ainsi, la loi française décharge l'aliéné de la responsabilité de ses actes. Toutes les législations, d'ailleurs, depuis que la nature maladive de la folie est reconnue, ont admis l'irresponsabilité criminelle des aliénés, et, par conséquent, il est inutile de discuter ici le grand principe de la liberté humaine et les conditions de la perte du libre arbitre chez les êtres privés de raison. Nous devons, cependant, signaler le désaccord survenu, dans ces dernières années, relativement au degré de responsabilité dans quelques formes d'aliénation mentale : plusieurs auteurs admettant, avec M. Legrand du Saulle, que si certains aliénés sont complètement irresponsables de leurs actes, d'autres ne le sont qu'en partie, d'où le nom de *responsabilité partielle*, *proportionnelle*, *atténuée*, donné à ce dernier état; les autres auteurs soutenant

énergiquement, au contraire, avec M. J. Falret, le principe absolu de l'*irresponsabilité entière* dans la folie, quelle qu'en soit la forme.

Les arguments présentés par ces derniers auteurs, et notamment par M. J. Falret, qui a défendu son opinion avec un rare talent, me paraissent trancher la question et établir nettement qu'en droit comme en fait, tout individu atteint d'aliénation mentale confirmée est, par cela même, irresponsable. Outre que cette doctrine, aussi précise qu'absolue, ferme la porte à toutes les évaluations quantitatives et individuelles de la capacité morale, et, par conséquent, aux subtilités psychologiques qui ne doivent pas trouver place en médecine légale, elle a encore l'immense avantage de substituer à des éléments d'appréciation arbitraires et contradictoires, comme ceux basés sur le degré de connaissance du bien et du mal, un criterium positif et d'ordre purement médical, à savoir l'existence ou la non existence de l'aliénation mentale. Avec le principe de l'irresponsabilité totale, tout se réduit, en effet, à apprécier s'il y a ou s'il n'y a pas folie, et non à mesurer le degré de discernement et de responsabilité consciente qui incombe à un malade.

Mais si la responsabilité atténuée ne peut être admise toutes les fois qu'il s'agit de folie proprement dite et bien avérée, en revanche, elle trouve souvent son application dans certains *états de demi-aliénation* où la responsabilité des actes, quoique persistant à des degrés divers, est cependant manifestement amoindrie. Au reste, les partisans les plus convaincus de l'irresponsabilité absolue des aliénés ont ad-

mis eux-mêmes, en termes formels, la responsabilité partielle dans certains états pathologiques, et M. J. Falret dit lui-même à cet égard : « Mais si nous n'admettons pas la responsabilité partielle des aliénés ainsi comprise, c'est-à-dire portant sur certains faits et non sur certains autres, *dans le même moment*, nous sommes tout disposés, au contraire, à l'admettre *dans des moments différents.* Nous sommes tout prêts à proclamer qu'il est des moments dans la vie des aliénés où l'on doit reconnaître, soit leur responsabilité entière, comme dans les périodes de prédisposition, d'intermittence ou d'intervalles lucides, soit leur responsabilité incomplète ou atténuée, comme dans les périodes d'incubation, de rémission plus ou moins complète ou de convalescence. Nous admettons aussi que la question de la responsabilité complète ou incomplète peut être discutée dans certains états de trouble mental, en dehors de la folie proprement dite, comme la démence apoplectique et l'aphasie, l'hystérie, l'épilepsie et l'alcoolisme. C'est sur ce terrain restreint, étranger à l'aliénation mentale ou à la folie confirmée, que nous admettons la responsabilité partielle, incomplète ou atténuée. »

Les principaux états morbides dans lesquels M. Falret admet cette graduation de la responsabilité pénale sont les suivants :

1° Les premières périodes des maladies mentales, période d'incubation et période prodromique ;

2° La démence apoplectique et l'aphasie ;

3° Les états d'intervalles lucides, d'intermittence et de rémission ;

4° Les périodes de prédisposition à la folie;

5° L'hystérie;

6° L'épilepsie;

7° L'alcoolisme;

8° Les états d'imbécillité ou de faiblesse d'esprit native.

« Ce sont là, dit M. Falret, des états mixtes, intermédiaires entre la raison et la folie, dans lesquels il est permis de discuter le degré de responsabilité, d'admettre la responsabilité entière ou la responsabilité atténuée selon les cas, et où il n'y a pas lieu d'appliquer le critérium de l'irresponsabilité absolue que, pour notre part, nous admettons, sans exception, pour tous les cas d'aliénation mentale réellement confirmée, ou nettement caractérisée. »

Il nous semble difficile de ne pas se rallier à l'opinion si nettement émise par M. Falret, et de ne pas admettre avec lui que, lorsqu'il s'agit d'aliénation mentale avérée, il ne peut être question que d'irresponsabilité absolue, la responsabilité partielle devant être réservée pour les états de trouble mental qui tiennent le milieu, à des degrés divers, entre la raison et la folie.

On comprend qu'il soit impossible de discuter successivement ici le degré de responsabilité qui appartient aux divers états de semi-aliénation dont nous venons de parler, non seulement parce que la question comporterait des développements excessifs, mais encore parce qu'on ne saurait fixer à cet égard de règles générales, applicables à tous les cas, et qu'il faut, avant tout, s'inspirer des faits particuliers. Au reste,

il ne faut pas oublier que le terrain de la responsabilité partielle est un terrain délicat, une sorte de compromis entre la science et la justice, comme le dit M. Lutaud, et que, par conséquent, le médecin ne doit user qu'avec réserve de ce moyen s'il veut en retirer tout le bien qu'il peut donner.

Nous ne dirons qu'un mot seulement du degré de responsabilité dans les rémissions, les intermittences et les intervalles lucides.

Responsabilité dans les états de rémission, d'intermittence, d'intervalles lucides. — Dans les états de *rémission*, qui constitue, comme nous l'avons vu, *une atténuation des symptômes de la maladie mentale*, le degré de responsabilité pénale peut être discuté. Mais, comme le dit M. J. Falret, la question légale est, dans ces cas, difficile à trancher. « Ici, en effet, le doute est permis; la question à résoudre devient une question de degré et, par conséquent, la solution ne peut être absolue; elle ne peut être formulée en principe par des règles uniformes, et dépend nécessairement de chaque cas particulier. Dans ces cas, les partisans même les plus résolus de l'irresponsabilité absolue peuvent admettre une atténuation de la responsabilité, proportionnelle à l'intensité de la maladie ou de la rémission. Mais, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, cette responsabilité n'est pas partielle dans le même moment; elle n'existe pas pour certains actes alors qu'elle serait supprimée pour certains autres; elle est variable selon les moments et non au même instant; elle est nulle pendant les pé-

riodes d'accès et peut être considérée comme complète ou comme simplement atténuée pendant les périodes de rémission, que le médecin clinicien seul peut constater et proclamer. L'étude de ces rémissions et de leurs degrés, dans les diverses formes et aux diverses périodes des maladies mentales, serait un des sujets les plus intéressants de la médecine légale des aliénés; mais ce chapitre est encore à faire, à un point de vue scientifique et clinique. Cette étude a été surtout tentée pour les rémissions de la paralysie générale (Baillarger, Sauze, Legrand du Saulle, Doutrebente). »

En ce qui concerne les *intermittences* ou *intermissions*, c'est-à-dire *le retour complet à la raison compris entre deux accès de folie*, comme cela a lieu dans la manie intermittente, la folie à double forme, etc., la question de responsabilité se pose en de tout autres termes, car ici, il ne s'agit plus d'une simple amélioration dont le degré reste à apprécier, comme dans la rémission, mais d'un véritable retour à l'état normal. « Or, dit M. Falret, dans ces cas si nombreux, qui se rencontrent aussi bien dans les formes mélancoliques que dans les formes maniaques, la question de responsabilité se pose naturellement dans toute sa netteté et dans toute sa rigueur. Une intermittence vraie est en réalité une guérison temporaire ou momentanée. On doit, dès lors, lui appliquer la règle applicable à la guérison même, c'est-à-dire considérer l'individu qui se trouve dans cet état comme jouissant de toute sa raison, partant, de toute sa responsabilité légale et de sa capacité civile. La seule

difficulté, dans ces cas (et elle est souvent très grande), est une difficulté clinique, une question de diagnostic. Il s'agit, pour l'expert, d'établir par des preuves péremptoires et certaines, que l'individu soumis à l'examen était bien, au moment de l'action, dans une véritable période d'intermittence, dans un état de guérison réelle et non apparente, et non pas dans un état de simple rémission plus ou moins prononcée, ou dans un état de dissimulation du délire par la volonté du malade, comme cela arrive si souvent, par exemple, dans les périodes de rémission du délire de persécution. Ce problème clinique est souvent très difficile à résoudre, et c'est là un des points les plus délicats de la médecine légale des aliénés. Mais, en principe, on ne peut nier que les périodes d'intermittence vraies existent souvent dans les maladies mentales, et que, pendant ces périodes, l'individu doit être considéré comme ayant recouvré sa responsabilité morale et sa capacité civile. » C'est aussi l'opinion de la plupart des auteurs et en particulier, de M. Doutrebente, qui dit lui-même à cet égard : « De tout ce qui précède, il est facile de conclure que, pendant l'intermission, le fou intermittent peut et doit être assimilé à un aliéné guéri ou à l'homme sain de corps et d'esprit et que, par conséquent, il possède la capacité civile et la responsabilité de ses actes ; nous ferons cependant quelques réserves à propos des intermissions de courte durée, alternant avec des accès fréquents d'aliénation mentale, car, dans ce cas, l'intermission se rapproche sensiblement des simples moments lucides. » Cette der-

nière restriction de M. Doutrebente pourrait s'appliquer, par exemple, à la folie à double forme à courts accès, séparés entre eux seulement par un intervalle d'un jour ou de quelques jours d'intermission.

Quant aux *intervalles lucides*, la question est bien différente, puisqu'il s'agit uniquement, dans ce cas, de *la suspension complète, mais tout à fait temporaire des symptômes de la maladie, dans le cours d'un même accès*. Les opinions sont en effet très variables à cet égard, et certains auteurs, comme M. Billod, vont même jusqu'à nier les intervalles lucides ainsi compris. On sait, du reste, que les législations elles-mêmes ne sont pas d'accord sur ce point, et que le Code français, notamment, ne les admet pas comme suffisants pour restituer à l'aliéné sa responsabilité pénale ou tout au moins sa capacité civile, puisqu'il dit, à propos de l'interdiction : « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides (Code civil, art. 489). En résumé, lorsque l'intervalle lucide se prolonge plus ou moins, la question de la responsabilité atténuée peut-être discutée, mais lorsqu'il est très court et n'a, pour ainsi dire, que la durée d'un éclair, on ne saurait le considérer comme rompant, même pour un moment, l'état d'irresponsabilité habituel de l'aliéné.

2° *Crimes et délits des aliénés*

Nous ne prétendons point faire ici une étude complète des crimes et des délits commis par les

aliénés. Nous voulons seulement, en énumérant les principaux d'entre eux, indiquer leurs *caractères généraux* et leurs *caractères particuliers* dans chacune des grandes formes d'aliénation mentale.

A. — Caractères généraux. — Tous les crimes et tous les délits, quels qu'ils soient, peuvent se rencontrer dans l'aliénation mentale, en sorte qu'au point de vue de leur nature même, les actes pathologiques ne diffèrent en rien des autres. Les plus fréquents cependant sont : l'homicide et la tentative d'homicide, les attentats à la pudeur et les viols, le vol, l'incendie, les faux en écriture, les diffamations et dénonciations calomnieuses, la simulation, etc., etc.

Dans certains cas, l'acte lui-même et les circonstances qui l'accompagnent, portent le cachet manifeste de l'état d'aliénation de l'individu qui l'a accompli. Ainsi, certains homicides ou tentatives d'homicide sont exécutés par des aliénés dans un état d'agitation délirante et de fureur maniaque qui ne peut laisser aucun doute sur la situation d'esprit du sujet. D'autres fois, ils sont le résultat d'une impulsion subite, instantanée, dont la violence même et l'imprévu suffisent à en révéler le caractère pathologique. Souvent anssi le délit, attentat à la pudeur ou vol, est tellement niais, ridicule, inconscient, qu'il porte en lui-même la marque de la démence. Ou bien, l'aliéné ne prendra aucune précaution pour se cacher, et semblera choisir, pour l'accomplissement de son projet, le moment où il ne peut manquer d'être pris. D'autres fois encore, il se dénoncera lui-

même, en se vantant de son crime ou de son délit comme d'une chose parfaitement naturelle et même, au besoin, méritoire. Dans certains cas, il oubliera totalement le fait dont il s'agit, et aura perdu jusqu'au souvenir de son acte. Enfin, l'acte accompli peut n'avoir même aucun semblant de but ou d'excuse, comme lorsque l'aliéné frappe tout à coup, dans la rue, un individu qu'il ne connaît pas, ou qu'il vole un objet qui ne peut lui être d'aucune utilité.

Mais si les crimes et les délits qui ont les aliénés pour auteurs empruntent parfois à leur origine maladive des caractères spéciaux, il est loin d'en être toujours ainsi. En effet, certains aliénés agissent sous l'influence de mobiles parfaitement déterminés, préparent et organisent leur méfait de longue main, avec une patience, une opiniâtreté, une adresse, un esprit de suite, un talent de combinaison, un luxe de précautions, de ruses ou de calculs, capables de dérouter les plus habiles et les plus clairvoyants. Parfois même, comme de vrais coupables, ils peuvent nier l'acte commis, ou lui donner une apparence de raison d'être, en l'expliquant par des motifs plausibles et presque sensés. Rien n'est donc plus faux que ce principe, admis par la majorité du public, que les actes criminels et délictueux des aliénés sont toujours marqués au coin de l'imprévoyance, de la spontanéité et de l'absurdité les plus grandes. *Il est des cas, au contraire, où rien ne trahit, au premier abord, la nature morbide de l'acte incriminé,* et c'est pour ce motif que l'appréciation médico-légale de certains faits est souvent si difficile à déterminer.

B. — Caractères particuliers dans les principales formes morbides. — Un élément d'information plus important consiste dans certains caractères particuliers, que les crimes et délits des aliénés empruntent non plus seulement à leur nature pathologique, mais à la forme même de la maladie dans laquelle on les observe.

Nous avons déjà, en discutant les motifs qui peuvent rendre la séquestration nécessaire, exposé plus haut les principaux caractères des actes morbides dans les grandes variétés d'aliénation mentale, en insistant particulièrement sur ceux de ces actes qui rendent le plus souvent les malades dangereux. Nous nous contenterons donc d'indiquer ici certaines particularités relatives à ces actes qui peuvent constituer, en médecine légale, un indice de quelque valeur.

Infirmités cérébrales. — *Dans les infirmités cérébrales*, congénitales ou acquises (imbécillité, idiotie, démence simple), *l'acte criminel ou délictueux est le plus souvent puéril*, *absurde*, *inconscient*, quelquefois à type *impulsif*. Le meurtre est assez rare, à moins que l'infirmité native de l'intelligence ne se complique de névrose ou d'un accès aigu de folie. C'est surtout à des *attentats à la pudeur*, à des *viols*, à des *vols* qu'on a affaire dans ces cas. Les attentats à la pudeur des malades atteints d'infirmité cérébrale peuvent être le fait d'une excitation génésique plus ou moins grande, auquel cas ils portent le cachet de la surexcitation et quelquefois même de la violence

bestiale; mais plus souvent encore, ils sont niais, absurdes et sans but. C'est en effet parmi ces malades que se recrutent principalement les *exhibitionnistes* de Lasègue, c'est-à-dire les aliénés qui, sans savoir ce qu'ils font, se contentent d'exhiber en public leurs organes génitaux.

Après les attentats à la pudeur, viennent les vols, plus fréquents dans la démence et absurdes comme dans la paralysie générale; enfin, on peut observer l'*incendie*, surtout chez les imbéciles.

Etats maniaques. — Dans la *manie aiguë*, *les crimes et délits sont rares*, bien que ce soit là l'état de folie qui paraisse le plus effrayant, et cela parce que les malades sont absolument incapables de concevoir un acte quelconque, et qu'ils sont plutôt *destructeurs* que réellement *dangereux*. Pourtant, lorsque l'agitation est poussée aux paroxysmes de la fureur, elle peut être le point de départ d'un homicide, accompli dans des conditions de *violence* et de *surexcitation délirante* qui ne peuvent laisser aucun doute sur son véritable caractère.

Dans *l'excitation maniaque* et dans la *manie raisonnante*, ce qui domine surtout, comme on le sait, c'est la *perversité morale*. Rarement les malades font un coup d'éclat ou se livrent à une tentative criminelle; *ils sont plutôt dangereux pour la réputation et pour l'honneur des gens*, car ils jouent du mensonge, de la dissimulation et de la calomnie avec un art consommé, et il n'est pas, à cet égard, de moyens qu'ils n'inventent pour perdre ceux qu'ils ont pris en

haine. C'est chez eux que la question médico-légale présente peut-être le plus de difficultés, car l'absence de tout délire, d'un côté, de l'autre, l'habileté incroyable avec laquelle ils ont ourdi leur trame, rendent l'appréciation de leur état mental des plus délicates, et l'excuse de la folie très difficile à faire accepter par les juges.

De ces malades, il faut rapprocher les *fous à double forme* et les *hystériques* qui doivent précisément cette similitude à ce qu'ils sont très fréquemment atteints d'*excitation maniaque* et de *manie raisonnante*.

États mélancoliques. — *Les crimes et les délits sont rares dans les états de mélancolie*, où l'on observe presque exclusivement, comme nous l'avons vu, la *tendance au suicide*. Pourtant, l'*homicide* peut se rencontrer, exceptionnellement, dans certaines formes de lypémanie aiguë, mais alors, loin d'avoir la haine ou la méchanceté pour mobile, il résulte presque toujours, au contraire, d'un excès d'affection ou d'une sympathie délirante pour la victime. C'est ainsi que j'ai récemment observé, à Sainte-Anne, une femme en état de mélancolie aiguë, qui, en se jetant à la rivière pour se suicider, avait entraîné avec elle ses deux jeunes enfants, pour ne pas les laisser sur terre exposés à toutes les misères de l'existence. Dans ce cas, on pourrait presque dire que l'aliéné *suicide* d'autres individus comme il se suicide lui-même, pour les soustraire aux tourments ou aux supplices qu'il croit les menacer aussi.

Folies partielles. — Dans les folies partielles, c'est l'*homicide* qui domine, et *on peut dire que c'est dans cette forme morbide qu'il est le plus fréquent.*

Les *délirants mystiques*, comme nous l'avons vu, croient souvent avoir reçu du ciel la mission de frapper un personnage plus ou moins en vue, qu'ils croient représenter la cause hostile à Dieu sur la terre, et alors, froidement, par calcul, avec préméditation, ils *assassinent* ce personnage; plus fréquemment encore, ils renouvellent le sacrifice d'Abraham, et *immolent en holocauste leurs propres enfants*, persuadés qu'ils sont d'être de la sorte agréables à Dieu. Leur air de prophète et d'inspiré, leur délire, les conditions mêmes de leur attentat suffisent, en général, à les faire reconnaître, bien que leur lucidité apparente, leur calme et la réticence derrière laquelle ils se retranchent, rendent parfois l'appréciation difficile.

Les *persécutés*, nous n'avons cessé de le répéter, *sont, de tous les aliénés, les plus dangereux.* Chez eux, c'est surtout l'*homicide* qui est à craindre; car, se croyant en butte à des persécutions imaginaires et se considérant comme les victimes d'un complot organisé dans lequel entre un nombre plus ou moins considérable de personnages, ils en arrivent à se poser eux-mêmes, contre ces ennemis fictifs, en *persécuteurs* et en *agresseurs*.

Il existe, à cet égard, deux grandes catégories de malades. Les uns, les plus nombreux, basent leurs idées de persécution sur des troubles sensoriels divers

et notamment sur des hallucinations de l'ouïe qui deviennent l'élément fondamental de leur existence, et finissent par les diriger et les égarer de plus en plus dans leur délire. Ce sont les *persécutés hallucinés*. Les autres, raisonnables en apparence, échafaudent sur une circonstance plus ou moins saillante de leur vie, tout un système de conceptions délirantes parfaitement cohérentes, appuyées sur un semblant de réalité, et qui, défendues par eux avec autant d'art que de conviction, s'enchaînent presque toujours avec la plus grande logique. Ces malades, non hallucinés en général, et plus partiellement atteints dans leurs facultés, sont les *persécutés raisonnants*.

Hallucinés ou raisonnants, les persécutés sont, on ne saurait trop le redire, les aliénés les plus dangereux et une large part des crimes pathologiques peut certainement leur être attribuée. Plus encore peut-être que les hallucinés, qui frappent surtout par impulsion, sous l'influence d'une hallucination ou sous l'empire d'une exaltation passagère, les persécutés raisonnants sont à craindre dans leurs actes, et cela, parce qu'ils raisonnent leur délire, et qu'ils méditent et accomplissent à froid, pour ainsi dire, le crime qu'ils ont conçu. Chose curieuse cependant, et qui n'est pas sans compliquer de beaucoup le rôle du médecin-expert devant les tribunaux, ce sont précisément ces malades, les pires de tous, sans contredit, qu'il est le plus difficile de faire accepter comme tels par les magistrats et par le public.

Au reste, les persécutés ne se bornent pas seulement

à frapper leurs ennemis, quelquefois même des personnes qu'ils n'ont jamais vues; ils peuvent aussi, quoique bien plus rarement, se livrer au *viol* ou à l'*incendie*.

HÉBÉPHRÉNIE. — Dans l'*hébéphrénie* et, d'une façon générale, dans tous les troubles de l'intelligence qui se manifestent chez les enfants, *les actes criminels ou délictueux revêtent le plus souvent le caractère d'une impulsion brusque*, *instantanée*, *irréfléchie*. Ce sont des *meurtres* sans motif, accomplis souvent avec une cruauté et une férocité surprenantes, des *vols*, des *incendies*. Il est rare, dans ces cas, que la précocité même du criminel, jointe au caractère impulsif de son acte, à l'insouciance et à la cruauté dont il a fait preuve, ne mettent facilement sur la trace de son véritable état.

FOLIE PUERPÉRALE. — Dans la folie puerpérale, les crimes et délits les plus ordinaires sont le *vol* et l'*homicide* : le vol, sous forme d'impulsion, de sollicitation brusque, d'envie à satisfaire, surtout dans la folie *ante partum*; l'homicide, et plus particulièrement l'*infanticide*, sous forme d'impulsion également, surtout dans la folie *post partum*, et, plus particulièrement encore, dans la folie de l'accouchement proprement dit. Dans ce dernier cas, il est quelquefois très difficile d'apprécier la nature pathologique de l'acte incriminé, avec d'autant plus de raison que la folie de l'accouchement peut être absolument transitoire et ne pas se prolonger au délà de quelques heures ou de quelques jours.

Folies toxiques. — Dans les folies toxiques, et notamment dans la *folie alcoolique*, qui est le plus souvent en cause en médecine légale, c'est le *suicide* qui domine comme tendance morbide, au moins dans la forme subaiguë. Dans la forme aiguë, au contraire, l'*homicide* n'est pas rare, et les malades, poussés par leurs terreurs et leur agitation, se précipitent sur leur victime qu'ils égorgent dans un état de fureur indescriptible. Ils ressemblent, à ce point de vue, aux maniaques et aux épileptiques, et leur état même d'agitation, le plus souvent tremblant, suffit d'habitude pour décéler l'influence toxique. Ils peuvent aussi, soit simultanément, soit isolément, se livrer à l'*incendie*, au *vol* et aux *attentats à la pudeur*.

Paralysie générale. — La période prodromique de la paralysie générale, lorsqu'elle revêt le forme excitée, est très souvent le théâtre d'actes pathologiques de toute nature parmi lesquels les *délits*, à défaut de crimes, tiennent une large place. C'est au point que cette période a été, de la part de M. Legrand du Saulle, l'objet d'une étude particulière sous le nom de *période médico-légale* de la paralysie générale. Le délit le plus fréquent est le *vol ;* vient ensuite l'*attentat à la pudeur*, enfin le *faux en écriture*, l'*abus* de *confiance* et, rarement, l'*homicide* ou la tentative d'homicide. Quel que soit l'acte commis, il présente des caractères particuliers qui suffisent, la plupart du temps, pour permettre de le rattacher *à priori* à sa véritable origine. Les vols des paralytiques généraux, qui ont été plus spécialement l'objet d'études et d'analyses, sont, en

effet, caractéristiques. Le paralytique dérobe à un étalage, sans précaution et avec la candeur de l'inconscience, un objet insignifiant, par exemple un méchant parapluie, une paire de bottines, un pantalon, un paquet de choux, un œuf, une friandise sans valeur. Il ne sait que faire quelquefois de l'objet volé, et il lui arrive de le donner presque aussitôt, par charité, à un misérable. Il est tellement peu conscient de l'acte qu'il accomplit qu'il s'y livre sans se cacher, aux yeux de tous, et souvent même réclame l'assistance d'un inconnu pour l'aider dans son larcin, comme ce paralytique cité par M. Magnan, qui, voulant s'emparer d'un tonneau de vin, emprunta le secours d'un sergent de ville qui, trompé par tant de candeur, aida en effet le malade à rouler son tonneau. Le *vol du paralytique*, comme du reste tous les délits qu'il commet, *est un vol absurde, niais, un vol de dément*; car c'est manifestement à son état de démence que le paralytique doit d'agir ainsi, comme il lui doit le caractère également absurde et niais de ses conceptions délirantes. C'est là plus qu'il n'en faut pour dépister une paralysie générale, même commençante, et les experts n'hésitent généralement pas lorsqu'ils ont affaire à un vol accompli dans ces conditions par un homme d'une quarantaine d'années, alors même que les signes physiques de la maladie ne seraient pas encore très manifestes.

EPILEPSIE. — Avec de délire de persécution, *c'est l'épilepsie qui fournit le plus fort contingent de crimes et de délits pathologiques*. Les caractères spéciaux que

ces actes empruntent à la grande névrose dont ils sont issus ont été parfaitement étudiés et mis en lumière, surtout dans ces dernières années. Ces caractères, d'ailleurs, sont si tranchés qu'ils permettent de rapporter l'acte commis à l'épilepsie, alors même que les signes extérieurs de cette affection, et, en particulier, les crises convulsives, n'existeraient pas, comme dans l'épilepsie larvée, dans le vertige et dans l'absence. Ces particularités distinctives consistent surtout dans ce fait que l'*acte de l'épileptique*, qui est le plus souvent un *crime*, surtout un *meurtre* ou un *incendie*, s'accomplit sous forme d'une *impulsion brusque*, *instantanée*, *violente*, se reproduisant souvent à des intervalles plus ou moins réguliers, *et dont le malade ne garde aucun souvenir au sortir de sa crise*. Cette *amnésie si profonde*, qui fait qu'un assassin ou un incendiaire ne se rappelle absolument rien de ce qui s'est passé et de ce qu'il a fait, *appartient en propre à l'épilepsie* et ne se retrouve nulle part avec les mêmes caractères. C'est ce qui a souvent permis à des médecins expérimentés, en face d'un acte de ce genre, non seulement d'en reconnaître la nature maladive, mais encore d'en faire le point de départ d'un diagnostic complet et de soupçonner une épilepsie ignorée qui, en effet, devenait évidente au bout d'un temps plus ou moins long.

CHAPITRE II

CODE CRIMINEL (*Suite*)

EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

Nous avons exposé, dans le chapitre précédent, le principe de l'irresponsabilité des aliénés, et déterminé la nature et le caractère des crimes et délits les plus fréquents dans l'aliénation mentale en général et dans chacune de ses principales formes en particulier. Il nous reste maintenant, pour en finir avec la partie criminelle de la médecine légale, à tracer en quelques mots le rôle du médecin lorsqu'il est chargé d'une enquête médico-légale relative à la folie.

Ce rôle a été parfaitement décrit par plusieurs auteurs, et notamment par mon éminent et regretté parent le Dr Linas dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, auquel j'emprunte les principaux passages qui vont suivre.

Définition de l'expertise. — Lorsque, dans un procès criminel ou civil, se débat la question de démence, les hommes de l'art sont généralement appelés, soit par les juges, soit par les parties, tantôt

pour établir, tantôt pour repousser la présomption ou l'allégation de folie. Si le médecin agit en vertu d'une délégation de l'autorité judiciaire, il prend proprement le titre d'*expert*; si la délégation, au lieu d'émaner de la justice, est amiable et du fait des parties, le médecin n'est qu'un simple mandataire, non soumis aux dispositions du code de procédure. Dans le premier cas, le résultat écrit de ses investigations se nomme un *rapport*; dans le second cas, une *consultation*. Quoi qu'il en soit, et bien que procédant d'une origine différente, au fond sa mission est la même; elle tend au même but, elle lui impose les mêmes devoirs. Ce qui s'applique à l'une, s'applique donc à l'autre dans ce que nous allons dire.

Et d'abord, qu'est-ce qu'une expertise et qu'est un expert aux yeux de la loi; et dans le sens de la jurisprudence ?

L'expertise est une voie d'instruction; son but est d'éclairer les juges dans les cas difficiles, douteux ou obscurs, et de suppléer aux connaissances spéciales qui leur manquent pour résoudre une question et pour porter un jugement décisif.

L'expert est l'homme de l'art chargé de fournir ces éléments d'appréciation.

En Prusse, et dans quelques autres pays encore, la loi fait un devoir aux tribunaux de s'aider de l'assistance d'une médecin légiste pour constater l'état mental d'un individu. En France, il est facultatif aux magistrats d'ordonner une expertise, soit d'office, soit sur la demande des parties; ils sont les appré-

ciateurs souverains de l'opportunité de cette mesure. L'obligation de recourir à l'expertise n'est imposée aux tribunaux que dans quelques matière spéciales, désignées par la loi, et au nombre desquelles on regrette de ne pas voir figurer, comme en Prusse, l'aliénation mentale.

L'expertise suppose nécessairement de la part du juge une ou plusieurs questions précises adressées à l'homme de l'art; et de la part de celui-ci une réponse, un avis personnel et motivé.

Voilà donc le rôle de l'expert dans toute sa simplicité et nettement défini. L'expert est moins qu'un arbitre; il est plus qu'un témoin; il diffère du premier en ce que sa décision n'a rien d'impératif, et du second par l'étendue, l'importance et le caractère scientifique de son témoignage. Dans aucun cas, le médecin expert ne doit sortir du cercle de ses attributions pour usurper le rôle d'avocat, encore moins celui de juge. Il ne saurait prétendre à interpréter ou à appliquer la loi, et doit se garder de se laisser aller à de dangereux empiétements. L'esprit de système ou les vaines déclamations siéent mal dans la bouche d'un homme qui doit parler exclusivement au nom de la science et de la vérité. Son langage doit être sévère, froid, calme, dépouillé de tout artifice, dégagé de tout intérêt et de toute prévention. Il ne doit tendre qu'à une fin : éclairer la conscience des juges et préparer les décisions impartiales de la cour.

En matière criminelle, la première et généralement la seule question à laquelle l'expert ait à répondre, est celle-ci : « *L'inculpé était-il en état de*

démence ou sain d'esprit, au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché ? »

Tout se réduit donc essentiellement à une question de diagnostic.

Ainsi posé sur le terrain de la pathologie et de l'observation médicale, le problème se simplifie, se dégage de ses incertitudes métaphysiques, et se réduit à deux termes corrélatifs, solidaires et inséparables, sur lesquels doit porter également l'examen de l'expert : l'*état morbide et le sujet*, c'est-à-dire le fait et son agent, l'acte et son auteur.

Les considérations sur lesquelles nous sommes entré relativement aux crimes et aux délits, chez les aliénés, nous dispensent de revenir une fois encore sur ce sujet. Nous nous bornerons à dire, en ce qui concerne le fait ou l'acte, que sauf certains cas où sa conception et son exécution portent visiblement l'empreinte de l'aliénation mentale, il ne faut accorder à cet élément d'expertise *pris isolément* qu'une portée secondaire et pour ainsi dire accessoire; il mérite assurément d'être pris en considération par le médecin légiste; mais il doit, pour acquérir tout son relief et toute sa valeur médico-légale, ne pas être envisagé d'une manière abstraite et ne jamais être séparé de son agent.

Quant à ce qui a trait à l'individu, à l'auteur de l'acte, c'est évidemment lui qui doit être l'objet principal de l'investigation du médecin. Et cette investigation, pour être complète, doit porter non seulement sur les phénomènes psychologiques, mais encore sur l'habitude extérieure et sur l'ensemble de l'orga-

nisme; non seulement sur l'état actuel et sur les phénomènes présents, mais aussi sur la conduite passée du sujet, sur ses antécédents, sur ses actes antérieurs.

Voies et moyens de l'expertise. — L'expertise médico-légale, pour être bien conduite, doit être basée sur les trois moyens de diagnostic suivants : l'*enquête*, l'*interrogatoire*, l'*observation directe et suivie.*

Enquête. — L'enquête consiste à prendre tous les renseignements susceptibles d'éclairer l'expert sur l'état de l'aliéné et sur la nature de son délire; à s'enquérir de ses prédispositions héréditaires et de ses antécédents morbides, de ses goûts, de ses penchants, de ses habitudes, de son genre de vie, avant et après l'explosion de la folie; des causes certaines ou présumées de celle-ci, de la date de son début, de son mode d'invasion et de développement, de ses phénomènes les plus saillants et de ses symptômes les plus caractéristiques, enfin, des circonstances et des détails particuliers de l'acte imputé.

Ces renseignements peuvent être puisés à des sources diverses : auprès des parents, des amis et des voisins de l'aliéné; dans la visite des lieux qu'il a habités et dans l'examen de ses écrits ; dans les dires, les attestations et les certificats des médecins; dans le dossier judiciaire.

Les pièces judiciaires et les témoignages médicaux présentent un caractère spécial d'authenticité qui leur donne, aux yeux de l'expert, une valeur exceptionnelle.

Il n'en est pas toujours ainsi, en revanche, des renseignements fournis par les proches ou par les amis, et l'expert ne saurait trop se mettre en garde contre les récits hyperboliques et les interprétations erronées des uns, ou les réticences calculées et les assertions systématiques des autres.

Nous ne reviendrons pas sur l'inspection du domicile du sujet et sur l'analyse de ses écrits, dont nous avons déjà parlé plus haut au chapitre du diagnostic pratique de l'aliénation mentale.

Interrogatoire. — De même, en ce qui concerne l'interrogatoire de l'individu, ne pouvons-nous que renvoyer au même chapitre du diagnostic pratique, où cette question a été traitée avec les plus grands détails. Nous nous bornerons à mentionner ici les quelques particularités relatives à l'interrogatoire médico-légal.

Il y a presque toujours avantage réel à ne recourir à l'interrogatoire qu'après l'enquête, c'est-à-dire lorsque déjà des renseignements nombreux et précis ont fait connaître les idées habituelles et dominantes de l'aliéné, permis de soupçonner son genre de maladie et montré la meilleure voie à suivre pour le questionner. On évite ainsi bien des tâtonnements; on s'épargne d'inutiles longueurs, et on possède les données nécessaires pour imprimer à l'interrogatoire une direction plus méthodique et plus efficace.

Il faut, en présence de l'aliéné, bannir tout appareil, toute solennité et toute apparence de rigueur. L'attitude de l'expert doit être celle d'un médecin et non

d'un juge d'instruction. Tous ses efforts doivent tendre à dissiper les défiances ou les craintes du malade, à gagner son entière confiance, à fixer son esprit distrait ou préoccupé. De la précision et de la clarté dans les questions, de la simplicité dans le langage, de la bienveillance et de la douceur dans les paroles et dans les manières, beaucoup d'habileté, de tact et de finesse, de la fermeté au besoin, dans des cas rares et exceptionnels l'intimidation et la menace : telles sont les qualités et les dispositions qu'il convient à un expert d'apporter dans l'interrogatoire médico-légal des aliénés.

Dans les formes périodiques, rémittentes ou transitoires de la folie, le sujet peut avoir recouvré sa raison au moment de l'exploration. Une telle épreuve n'aurait alors aucune valeur, et même elle risquerait fort d'entraîner à des conclusions erronées. Il ne faut pas perdre de vue que, dans certains cas, le délire s'affaisse d'une manière rapide et tombe subitement lorsque les transports de la fureur maladive sont pour ainsi dire assouvis. Mais alors il n'est pas rare qu'un nouvel accès éclate pendant ou après le jugement et vienne ainsi confirmer l'authenticité du premier. De là, pour l'expert, le précepte de procéder à l'interrogatoire, autant que possible, pendant la période active de la folie ; de là aussi la nécessité pour lui de recourir fréquemment au troisième moyen d'investigation, à l'observation directe et suivie.

Observation directe et suivie. — Toutes les fois que l'enquête et l'interrogatoire n'ont pas suffi pour dis-

siper les doutes de l'expert et pour fixer son jugement, il y a en quelque sorte force majeure d'y suppléer par l'observation personnelle. Beaucoup d'aliénés ont assez d'empire sur leur esprit pour en imposer au public et se contenir devant les magistrats et les médecins. Mais, livrés à eux-mêmes, ils jettent le masque et lâchent la bride à toutes les conceptions extravagantes. A l'aide d'une surveillance assidue, persévérante, habilement conduite et pratiquée à leur insu, on peut parvenir à les prendre sur le fait et comme en flagrant délit d'aliénation mentale.

Mais c'est surtout dans les cas complexes et lorsque le diagnostic présente des difficultés que l'observation directe et suivie du sujet devient un moyen précieux, pour l'expert, d'arriver à s'éclairer complètement.

Les principales difficultés qui peuvent se présenter à cet égard, sont : la *dissimulation*, la *simulation* et l'*allégation* de la folie. Nous allons dire un mot sur chacun de ces points.

Folie dissimulée. — Il existe certaines formes de folie, en particulier les folies partielles, dans lesquelles les malades sont naturellement conduits, par une espèce de tendance pathologique, à user de réticence, et à dissimuler leur délire avec assez d'habileté quelquefois pour en imposer à des yeux non prévenus. L'expert ne doit pas se borner à interroger ces insensés. Ce mode de recherche ne pourrait amener, dans l'espèce, que des résultats insuffisants ou trompeurs. Il faut les soumettre à l'épreuve d'une observation personnelle et soutenue ; scruter leurs senti-

ments et leurs instincts, porter sur leurs actes un contrôle attentif et une surveillance scrupuleuse ; faire, s'il est possible, l'inventaire de leur vie ; questionner la femme, les enfants, les proches, c'est-à-dire les témoins habituels et les victimes ignorées de leurs extravagances ou de leurs fureurs.

Folie simulée. — Un prévenu ou un jeune conscrit se présente avec les symptômes apparents de la folie, tous deux ont un égal intérêt à se faire passer pour aliénés, l'un dans l'espoir de conquérir l'impunité, l'autre dans le but d'échapper au service militaire. La folie est-elle feinte ou réelle ? Telle est, dans ces circonstances et autres semblables, la question que doit se poser toujours un médecin légiste. Avec Tardieu, nous examinerons successivement : *a.* — les formes de la folie simulée ; *b.* — les procédés de simulation ; *c.* — les moyens de découvrir la simulation.

a. — Formes de la folie simulée. — Toutes les formes de la folie ne se prêtent pas également à la simulation, et il y en a qui, par la facilité particulière qu'elles semblent offrir, tentent plus ordinairement les imposteurs. De ce nombre sont : la *manie aiguë*, dont l'état d'excitation, la loquacité, la gesticulation désordonnée paraissent en effet des plus aisés à contrefaire ; la *démence*, dont l'élément essentiel, la perte de l'intelligence et de la mémoire, paraît un simple jeu à réaliser ; la *mélancolie*, et surtout la *mélancolie avec stupeur*, qui ne demande en apparence au simulateur que le masque de l'immobilité et

de l'inertie ; la *folie ambitieuse*, et en général toutes les *folies partielles* qui, par ce fait qu'elles roulent souvent sur un nombre d'idées plus ou moins fixes et plus ou moins restreintes, présentent un thème moins complexe et un rôle moins difficile à soutenir. Mentionnons encore les *folies toxiques* et, en particulier, la *folie alcoolique*, souvent simulée depuis quelques années par certains criminels qui espèrent échapper aux rigueurs de la loi en essayant de rejeter l'acte commis sur les effets passagers de l'intoxication. Il faut joindre enfin à cette énumération l'*épilepsie* et la *folie épileptique* qui tiennent toujours l'une des premières places lorsqu'il s'agit de simulation.

b. — Des procédés de simulation. — « Je ne crois pas, a dit Georget, qu'un individu qui n'aurait pas étudié les fous put simuler la folie au point de tromper un médecin qui connaîtrait bien cette maladie. » En effet rien n'est plus difficile à contrefaire que l'aliénation mentale. Imbus de cette opinion vulgaire que tous les actes des fous sont extravagants, que tous leurs discours sont insensés, les gens qui empruntent le masque de la folie se livrent à des gesticulations immodérées, à des actions ridicules, à des divagations incohérentes. Aux questions qu'on leur adresse, ils font invariablement des réponses niaises et absurdes, sans suite et sans lien, dans lesquelles ils prennent le contrepied de tout ce qu'on leur demande, si bien qu'au lieu de l'image et du tableau fidèle de la folie, ils n'en donnent que le travestissement burlesque et la grossière parodie. Dans l'exemple de Derozier,

rapporté par Morel, à la demande qui lui est faite sur son âge, l'imposteur, qui avait hésité, répond : 245 *fr. 35 c.*, ou bien 5 *mètres* 75 *centimètres* ; à une question sur sa famille, ses frères, ses enfants, il répond de même : *j'en ai fourni beaucoup de coupons.* Dans un second interrogatoire, on demande à Derozier s'il fait jour, il répond qu'il fait nuit ; son âge, il dit qu'il est roi de Beauvais ; on lui demande la main droite, il donne invariablement la main gauche ; la gauche et il donne la main droite. Il y a, dans toutes ces réponses et dans tous ces actes, l'intention évidente et calculée de tromper, de chercher l'absurde, qui s'accommode mal avec les caractères de la vraie folie, si naturelle, si logique et si vraie dans toutes ses manifestations, même les plus extravagantes.

Ainsi, fait important à retenir, le véritable aliéné est un malade chez qui se déroulent sans effort et sans apparat les divers symptômes de la folie ; le simulateur est un comédien qui joue un rôle et qui ne peut jamais s'empêcher de *charger* et de *grimacer à faux* sous le masque dont il s'est revêtu.

Une autre particularité importante, dans la simulation, c'est l'*inexactitude du tableau clinique* présenté par le sujet qui, s'il s'attache à offrir certains symptômes du type de folie adopté, en omet d'autres tout aussi essentiels ou les remplace par certains dont l'existence est inconciliable avec cette forme mentale. De même, l'imposteur, *incapable de réaliser dans ses étapes successives le processus régulier de l'affection qu'il simule*, persiste indéfiniment dans la même attitude et dans le même rôle, ou, au contraire, modifie ses

allures et ses discours, suivant qu'il se sent plus ou moins surveillé ou qu'il croit mieux faire, en agissant d'autre sorte. On connaît le cas rapporté par Montégya, dans lequel les médecins, chargés d'examiner un individu soupçonné de simulation, dirent devant lui, et de façon à être entendus, qu'ils avaient des doutes sur la réalité de la folie du prévenu pour plusieurs raisons : la première, c'est qu'il répandait la nourriture qu'on lui donnait ; la seconde, c'est qu'il ne soupirait pas, la troisième, c'est qu'il ne fixait ses regards sur aucun objet. La ruse réussit et le simulateur modifia sa comédie, de manière à lever immédiatement les doutes du médecin.

c. — *Moyens de découvrir la simulation.* — Bien qu'il n'existe pas, à proprement parler, de méthode particulière pour découvrir la simulation, il est cependant quelques règles spéciales dont la connaissance peut être, en cette circonstance, des plus utiles au médecin.

« Un premier principe, dit Tardieu, qu'il ne faut jamais négliger dans ces cas, c'est de *ne se prononcer qu'aprés une observation prolongée*, répétée, persévérante, incessante pour ainsi dire, et faite sinon directement, du moins indirectement par les soins de personnes suffisamment exercées et familiarisées avec les fous. » C'est pour ce motif qu'il est toujours préférable, comme cela a lieu habituellement, de faire transporter le sujet dans un asile d'aliénés où il est plus efficacement observé, où il peut, au contact de vrais fous, modifier son rôle de façon à se trahir, en-

fin, où il en arrive parfois à se lasser de son séjour dans un tel milieu, et à renoncer à sa simulation.

De tout temps, on a recommandé, comme procédé propre à découvrir la simulation, les *moyens de rigueur et de répression* envers l'individu suspecté, tels que l'emploi du chloroforme ou de l'éther, les vésicatoires, les moxas, les ventouses scarifiées, les cautérisations au fer rouge, les douches énergiques, etc etc., Avec Tardieu, qui s'est élevé contre ces épreuves douloureuses et quelquefois même dangereuses, nous proscrivons tous les moyens véritablement inhumains, et nous n'acceptons, dans cet ordre d'idées, que les procédés réellement inoffensifs, comme le séjour de l'inculpé dans un quartier d'aliénés agités ou gâteux qui lasse sa patience, comme l'emploi d'une soi-disant médication, composée d'eau additionnée d'une substance désagréable ou nauséabonde qui l'écœure, etc.

En réalité, c'est surtout à son expérience et à sa sagacité que le médecin doit faire appel pour découvrir la vérité. Des interrogatoires multipliés et bien conduits ; une observation rigoureuse, une surveillance sans trêve, exercée jour et nuit et à l'insu de l'intéressé; des moyens habilement ménagés pour endormir sa défiance, des pièges adroitement tendus pour provoquer des paroles inconsidérées, des écrits imprudents ou des actions compromettantes : tels sont les moyens les plus propres pour arriver à ce résultat.

Une des règles principales, dans une expertise de ce genre, consiste à soumettre à un examen attentif les diverses *fonctions physiques* de l'individu. En effet, c'est

surtout de ce côté que la simulation est pour lui difficile et même, pour certains symptômes, impossible. Il y a là l'*insomnie*, à laquelle les pseudo-aliénés ne songent guère ; l'*analgésie*, si fréquente chez les véritables fous ; l'*irrégularité de l'appétit*, la *constipation*, et surtout les *troubles* de la *circulation* et de la *respiration*, si caractéristiques dans les folies généralisées, et qu'il est évidemment impossible de contrefaire. Ainsi, le faux mélancolique, pour si habilement qu'il prenne le masque de la torpeur, n'arrivera jamais à présenter cet abaissement de la température, cette lenteur du pouls et de la respiration et surtout ce refroidissement violacé des extrémités qui sont si manifestes dans la véritable mélancolie. Au besoin, on peut user du thermomètre et du sphygmographe, comme M. Voisin l'a fait pour la simulation de l'épilepsie.

Un autre signe est l'état du *regard*, sur lequel M. A. Laurent a judicieusement insisté dans son excellente monographie sur la simulation de la folie. « Le regard du simulateur, dit cet auteur, est furtif, mobile, sournois. La figure signale un état forcé, un désaccord choquant et significatif. Le criminel simulateur ne saurait donner à son regard l'expression égarée et excitée qui appartient au maniaque. On n'y reconnaît que l'effronterie et non de l'aberration d'esprit. Il ne produira pas davantage l'expression véritablement indifférente, affaissée du dément, du paralytique, fixe du stupide, fière et orgueilleuse du monomaniaque, etc. Il ne saurait dissimuler l'attention qu'il porte à toutes les paroles et à tous les mouvements de celui qu'il sait chargé de scruter ses discours et ses

gestes; et bien souvent, il baisse les yeux, se méfiant de l'expression que peut trahir son regard. »

Une différence à signaler encore entre le véritable aliéné et le faux aliéné, c'est que le premier est plutôt porté généralement à *dissimuler* sa folie, et, en tout cas à la nier et à se défendre de cette imputation, tandis que le simulateur, au contraire, cherche constamment à *mettre sa folie en évidence*, s'en vante, pour ainsi dire, et n'extravague jamais tant que lorsqu'il se trouve en face de ceux qui sont appelés à l'examiner et à le juger.

Enfin, il ne faut pas oublier, dans les expertises de ce genre, que la folie *peut avoir éclaté après l'accomplissement de l'acte incriminé*; que le sujet, déjà plus ou moins véritablement aliéné, peut simuler ou plutôt *charger son délire*, ce qui a été observé plusieurs fois par différents observateurs et ce qui a même fait dire par certains, qu'il fallait être plus ou moins aliéné pour simuler la folie ; enfin, que la *simulation* prolongée de la folie peut, à la longue, avoir *un fâcheux retentissement* sur les facultés du sujet et même troubler plus ou moins profondément son intelligence. Beaucoup de simulateurs découverts ont avoué qu'ils se sentaient devenir fous et qu'ils ne recommenceraient pas, fût-ce pour sauver leur tête, à jouer un pareil rôle. « Vous ne pouvez croire ce que j'ai souffert, avouait à Morel Derozier démasqué. J'ai cru devenir réellement aliéné et j'avais plus de crainte encore de tomber fou que d'aller au bagne. »

Folie alléguée. — Un délit ou un crime vient d'être commis; le prévenu est entre les mains de la

justice ; il ne simule pas actuellement la folie, mais il proteste, soit personnellement, soit par la bouche de son défenseur, que sa raison s'est égarée tout à coup au moment de l'action, et que c'est sous l'influence de ce délire momentané, rêve ou hallucination, qu'il a accompli son attentat. Sans doute, dans les cas de cette nature, l'analyse minutieuse des circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'acte incriminé, peut fournir de très utiles indications ; cependant l'expert doit se souvenir expressément que les faits de folie soudaine et transitoire s'observent rarement, pour ne pas dire jamais, *chez des personnes absolument saines d'esprit et de corps*, mais que ces faits sont en général l'indice ou le résultat d'une prédisposition héréditaire ignorée, de vertiges méconnus, d'une méningo-encéphalite imminente, d'une aliénation mentale larvée ou à la période d'incubation. Il est donc indispensable de diriger toujours les recherches en vertu de ces considérations.

Rapports médico-légaux. — Son expertise finie, il reste au médecin à formuler le résultat de son examen et à exposer ses conclusions sous forme d'une pièce écrite qui porte, comme nous l'avons dit, le nom de rapport médico-légal. Pour indiquer la manière de procéder dans la rédaction de cette pièce si importante, je ne puis mieux faire que de reproduire ici quelques rapports médico-légaux relatifs à des faits typiques d'aliénation mentale, et qui peuvent servir dc modèles. Je me fais un devoir de remercier particulièrement ici M. Legrand du Saulle et M. Motet,

deux de nos plus éminents médecins légistes, qui ont bien voulu mettre à ma disposition plusieurs rapports inédits et des plus intéressants.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Sur l'état mental d'A. G..., meurtrier du Dr MARCHANT.

(DÉLIRE DE PERSÉCUTION, ORDONNANCE DE NON-LIEU.)

Par le Dr V. PARANT [1].

Nous, soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, domiciliés à Toulouse ; J. Nogués, professeur à la Faculté de médecine ; Guilhem, médecin des hôpitaux ; V. Parant, médecin de la maison de santé, rapporteur ;

Commis par ordonnance de M. Doazan, juge d'instruction, à l'effet d'examiner l'état mental du sieur A..., actuellement interné à l'asile d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne), inculpé d'homicide ;

Avons prêté serment le 30 juin 1881 ;

Avons ensuite pris connaissance de nombreux documents concernant le sieur A..., que nous avons visité plusieurs fois à l'asile d'aliénés.

Après quoi, nous avons rédigé le rapport suivant :

Le 18 juin 1881, le sieur A..., interné à l'asile de Braqueville depuis six semaines, tirait à bout portant un coup de revolver sur M. Marchant, directeur-médecin de l'asile. La balle, atteignant la partie postérieure de la tête, déterminait une blessure aux suites de laquelle

[1] Extrait des *Annales médico-psychologiques*, septembre 1881.

succombait, le 21 juin, notre malheureux et regretté confrère.

A... est-il ou non responsable de cette mort? autrement dit, est-il ou n'est-il pas aliéné?

Quelques personnes qui ont eu des relations avec lui ont nié qu'il fût atteint d'aliénation mentale. Des organes de la presse ont élevé la voix à son sujet, et ont prétendu qu'il était victime d'une séquestration arbitraire et illégale.

Les médecins militaires qui ont donné leur avis sur cette séquestration, M. Marchant lui-même dont le conseil avait été réclamé avant l'internement, ont affirmé l'existence d'une maladie mentale bien caractérisée et qui rend le malade dangereux.

L'autorité judiciaire intervenant après le meurtre, nous a chargés de l'éclairer sur ce sujet. Après l'étude des documents qui nous ont été remis, après l'examen direct du sieur A..., nous sommes arrivés à une conviction conforme à celle de nos confrères.

Ces documents sont très instructifs et très significatifs. Nous allons en présenter l'analyse et en donner quelques extraits. Ils nous aideront à retracer, au point de vue mental, la vie de A... pendant les dernières années; les détails dans lesquels nous allons entrer suffiront certainement à lever tous les doutes sur l'existence de la maladie.

A... est un soldat de fortune; engagé volontaire en 1859, il s'est peu à peu élevé par sa tenue, par son instruction militaire, et surtout par sa brillante conduite dans la guerre de 1870, jusqu'au grade de capitaine.

S'il était soldat distingué, il semble néanmoins avoir été défectueux sous d'autres rapports. Dans une note qui le concerne, émanant du corps où il a servi de 1872 à 1875, nous trouvons ce qui suit: « Le capitaine A... avait

un caractère bizarre, fréquentait peu ses camarades et se croyait persécuté. » Plusieurs collègues de A..., dans le même corps, parlent dans le même sens et ajoutent qu'i s'imaginait être méprisé d'eux parce qu'il était de trèsı humble origine.— Rien ne justifiait de pareilles idées qui, probablement, étaient le premier produit de la maladie mentale que nous allons voir faire explosion tout à coup.

A... se maria en octobre 1875. Sa femme était d'une famille de Forcalquier, sur l'honorabilité de laquelle, d'après les renseignements que nous avons sous les yeux, le doute n'est pas permis. Cependant, dès le jour même de son mariage, A... conçoit sur elle de formidables soupçons et fait peser sur sa femme une accusation des plus graves. Il croit qu'on l'a trompé; qu'on a abusé de lui; que sa femme n'est pas honnête. Tous les éloges qu'on lui a faits de sa vertu sont faux et menteurs. Ce qui lui donne ces idées, ce sont des signes mystérieux qu'il croit avoir vu échanger entre les divers membres de la famille ; les paroles qu'on lui adresse sont à double entente ; enfin une prétendue et invraisemblable conversation entre sa femme et un de ses beaux-frères lui révèle l'horreur de sa situation et lui donne une triste certitude.

En outre, à de certains malaises qu'il éprouve et qu'il ne s'explique pas, il imagine que, dans un but évident pour lui, on a cherché à l'empoisonner.

Laissons-le parler; des extraits de lettres vont nous renseigner promptement sur ses griefs :

« En 1875, je m'alliai, et ce fut mon malheur, à une famille élevée tout entière chez les jésuites, dont j'ignorais encore l'esprit de cette société. Je me mariai avec une de ses filles âgée de vingt-quatre ans, qui, sous les apparences de vertu, menait avec un de ses beaux-frères une vie répugnante, ignorée de tous, lesquels vantaient les dehors de cette femme.

« A peine marié, je m'aperçus de la valeur de cette femme. »

Il crut reconnaître que Mme A... avait été la maîtresse de son beau-frère; que toute la famille avait pris des mesures pour qu'il ne s'en aperçût pas. C'est dans ce but qu'on lui fit prendre des narcotiques qui devaient le rendre incapable d'accomplir ses devoirs conjugaux, jusqu'à ce que pût intervenir un homme choisi par la famille, qui deviendrait l'amant de Mme A... dont il couvrirait ainsi le passé.

L'amant ainsi choisi est un capitaine de la garnison de Rouen, à laquelle A... appartenait alors.

« Ce capitaine s'engagea, pour posséder cette femme, à fournir un certificat attestant de l'innocence de la femme, et que c'était à lui-même que cette femme avait donné son cœur. Cet écrit obtenu... couvrait complètement A..., qui avait dû être inceste et avoir des relations avec sa belle-sœur... »

Voilà le roman invraisemblable dont A... fit, dès le principe, la base de ses idées délirantes. Tout est parti de là, et actuellement rien n'est changé dans ces idées premières. On s'étonne à bon droit que quelques personnes aient pu, même un instant, croire à la réalité de ces inventions manifestement morbides, et se soient laissé abuser par le récit de malheurs conjugaux survenus dans des conditions impossibles. Comment admettre qu'une jeune femme se soit, au lendemain de son mariage, livrée à un inconnu, et que cet inconnu ait pu songer à posséder la femme? D'ailleurs, en ce qui concerne le capitaine mis en cause, une enquête faite par ses supérieurs a établi qu'il était irréprochable.

S'il pouvait y avoir encore un doute sur la nature morbide de ces conceptions, la suite des événements devrait le faire disparaître.

Au lendemain de son mariage, A... conduisit sa femme à Rouen. Là, il agit en mari tourmenté par une impérieuse jalousie; il épie et interprète en mal les moindres mouvements, les moindres actions de sa femme; lorsqu'elle sort, il croit lui voir faire des signes d'intelligence avec tout le monde; il se livre contre elle à des récriminations incessantes, il s'irrite, il fait des scènes de violence, et force enfin la malheureuse à se réfugier chez des voisins. La situation devint telle, que Mme A... réclama l'intervention de quelques amis; et l'autorité militaire prévenue par eux, ne trouva rien de mieux que de faire mettre A... en traitement à l'hôpital.

Au milieu de ces scènes de jalousie morbide, nous voyons les idées délirantes se déterminer de plus en plus.

Bientôt, ce n'est plus à un seul, mais à plusieurs officiers que Mme A... s'est livrée.

L'amant principal se déclare d'une manière remarquable: « J'attendais, dit A..., que cet officier vînt cracher en passant à côté de moi..... Un jour que j'allais à l'exercice, cet officier fumait un cigare à sa fenêtre; au bout de la rue, comme j'en prenais une autre, cet homme, levant son cigare de la bouche, crache et remet son cigare à la bouche d'un air vainqueur, et se remet au balcon en regardant cette femme... »

A... entend son rival venir dans son appartement pendant qu'il y est lui-même; il croit aussi le voir; et si sa femme et cet homme ont tant d'audace, c'est qu'on le tient, lui, sous l'influence des narcotiques. Car il s'aperçoit à des indices nombreux que sa femme continue à l'empoisonner; « elle voulait entrer seule dans la cuisine, afin de pouvoir aller verser le poison dans les aliments ».

Ses lettres sont pleines de détails du même genre qu'il serait trop long de rapporter.

Cependant, à l'époque dont nous parlons, sa folie n'était pas encore si absolue qu'il n'eût des moments de lucidité et ne comprît son erreur. Alors il faisait jurer à sa femme qu'elle ne l'avait pas trompé et lui en faisait faire par écrit le serment. Voici un spécimen des nombreuses déclarations qu'il lui fit signer, qu'il rédigeait et écrivait lui-même : « Je soussignée ai fait du fond du cœur, devant Dieu et devant les hommes, le serment de rester toujours fidèle à mon époux et de remplir mes devoirs d'épouse. Aujourd'hui, pour donner fin aux indignes soupçons de mon mari qui a pensé jusqu'ici que j'entretenais par un moyen quelconque des relations avec un capitaine, je renouvelle ce serment par écrit pour mettre un terme à la jalousie de mon époux. Quant à avoir le moindre signe de connivence ou à avoir envoyé le moindre baiser à qui que ce soit, je ne l'ai jamais fait et je ne le ferai jamais pour rien au monde. »

Mais ces éclairs de raison, si on peut toutefois les considérer comme tels, ne duraient qu'un instant. Les idées délirantes reprenaient bientôt le dessus, et A... recommençait à formuler les mêmes accusations.

Les personnes qui étaient en relation avec lui à cette époque l'ont bien jugé.

Le médecin du bataillon, auquel M. A... appartenait, s'exprime ainsi : « Au mois de décembre 1875, M. le capitaine A... était atteint de monomanie jalouse parfaitement caractérisée. J'eus fréquemment à cette époque l'occasion d'entretenir M. A... et pus m'assurer... de la réelle existence de cette monomanie qui mettait en danger et sa propre vie, et celle de sa femme, et celle de ses voisins... »

Pendant que M. A... était à l'hôpital, Mme A..., de l'avis de ses amis et des chefs de son mari, prit le parti de rentrer dans sa famille. Elle quitta Rouen une première

fois, mais dut y revenir après quelques jours, ayant été empêchée de continuer sa route vers Lyon parce que les communications étaient interceptées par les neiges entre Paris et Dijon. Lorsque les voies furent redevenues libres, elle repartit pour Forcalquier. — Or, à ce même moment, le général X... avait aussi fait une absence; ce que sachant, M. A... interpréta les faits à sa manière. Sa femme était allée à Paris pour se livrer à l'aise au général, et c'était à ce prix-là qu'elle avait obtenu que son mari fût mis à l'hôpital.

Ce général X... joua dès lors un grand rôle dans les machinations dont A... crut être la victime; il était l'agent principal, l'homme lige de ses persécuteurs. Il mourut deux ou trois ans après cette affaire; mais c'est qu'alors on n'avait plus besoin de lui et qu'on s'en débarrassa: « Le général X..., ayant son rôle accompli ou sa mission terminée, disparut de cette terre. Au sujet de cette mort, ma conviction est qu'il est mort empoisonné; car l'inceste beau-frère et amant de cette femme avait menacé d'empoisonner son complice, dans le plan qu'il avait combiné, alors que celui-ci aurait terminé son rôle. »

A... voit croître ainsi peu à peu le nombre de ses prétendus ennemis, en même temps que ses idées délirantes s'accusent davantage.

N'ayant plus sa femme près de lui, il tourna son irritation contre ceux qu'il croyait avoir été ses amants. Il s'adressa surtout au capitaine dont nous avons parlé et à un autre; il les poursuivit partout de ses injures: il les provoqua en duel; il leur fit des menaces. Ceux-ci demandèrent alors à leurs chefs de les protéger. A... fut envoyé de nouveau en traitement au Val-de-Grâce, où sa maladie fut qualifiée d'excitation cérébrale, et de là chez lui, en congé de convalescence.

A son retour à Rouen il fut changé de bataillon et passa au 21e chasseurs. Mais, comme il recommençait ses agressions et ses menaces contre ses collègues, on le fit changer de garnison, et il fut envoyé à Alençon dans le 17e bataillon de chasseurs.

Il y fut d'abord tranquille, ayant devant lui de nouveaux visages. Mais sa tranquillité ne fut pas de longue durée. A son arrivée, il s'était mis à raconter à tout venant ses malheurs conjugaux. Malgré leur invraisemblance, on y avait compati. Puis, comme il y revenait sans cesse, qu'il en faisait l'objet unique de ses conversations, ses collègues s'écartèrent de lui peu à peu. Il vit dans cet isolement l'influence occulte de sa femme et de ses persécuteurs, qui cherchaient maintenant à le faire passer pour fou et à le déshonorer. Singulière contradiction d'un esprit malade, qui croyait être victime d'imputations déshonorantes, alors que c'est lui-même qui, par ses dires mensongers. déversait la honte sur une famille honorable! Il se persuada que sa femme venait fréquemment à Alençon pour se livrer à tous les officiers dont elle faisait ainsi autant d'ennemis et de calomniateurs de son mari. Il crut la voir, ainsi que ses complices ; à la vérité, ils se déguisaient, mais il sut les reconnaître ; il crut même entendre leur voix.

« Mon beau-frère, dit-il, aidé de quelques Marseillais, ses affiliés et des amants de cette femme, avait formé une société secrète, se travestissant, tantôt sans barbe, tantôt avec la barbe, contrefaisant la voix, prenant des homonymes, se disant tour à tour commerçants, photographes, offrant des marchandises. Cette société avait pour but de verser la calomnie sur moi, de prêcher et de sanctifier la conduite de celle qui aurait dû être soit au bagne, soit aux Petites-Maisons... ils voulaient former une opinion artificielle et intimider la justice...

« Cette femme faisait des absences de Forcalquier, allait se prostituer sous la protection des proxénètes, ses parents.

« Profitant de la puissance de locomotion qui nous transporte en moins de vingt-quatre heures de Marseille à toute extrémité de la France, elle quitte de temps à autre Forcalquier, pour venir à Alençon paraître soudainement, commettre un outrage, disparaître aussitôt pour rentrer chez elle...

« Le 30 juillet 1876, son beau-frère paraît devant moi au sortir du mess à Alençon, se faisant suivre de quelques individus comme témoins, dans le cas où j'aurais agi contre lui avec énergie ; il s'était fait couper la barbe, et après avoir fait quelques grimaces dignes de lui, repartit aussitôt...

« Un jour, deux individus qui ne m'avaient jamais vu, assis à une table à l'entrée du café de la Renaissance, se dirent en fixant chacun de nous qui entrions au café vers les onze heures du matin : « Tiens, le voilà ». Dès lors, en prenant le café, ils ne cessèrent de glisser furtivement quelques regards sur moi...»

Toutes ces paroles sont bien significatives.

Sous l'influence de ces idées délirantes et voyant des ennemis partout, A... ne tarda pas à devenir aussi intolérable à Alençon qu'il l'avait été à Rouen. Pour le calmer on voulut encore essayer d'un changement de corps, et il fut envoyé au 120e de ligne, d'abord au camp de Châlons, puis à Sedan.

Là, il advint ce qui était advenu à Alençon.

A... conserva en effet au 120e de ligne les mêmes idées de persécution qu'il avait précédemment. « Il sentit, comme il le dit, les mêmes moyens employés contre lui.» Il crut voir son beau-frère, les Marseillais, sa femme. Il eut des hallucinations du même genre, et quelques-unes

très précises ; il croyait entendre que l'on disait sur son passage : « Tiens, voilà le cocu ».

Aussi devint-il plus menaçant que jamais ; sa folie commençait à être dangereuse.

Un soir, il frappe brutalement et sans motif un lieutenant qui passait près de lui, et, fait grave et remarquable, il n'a conservé, même à cette époque, aucun souvenir de cette agression dont il semble n'avoir pas eu conscience.

Regardant son colonel comme l'agent principal de ses persécuteurs à Sedan, il oublie à son égard ses devoirs de subordonné, et l'accable d'injures.

Il s'arme d'un revolver et menace tour à tour ses camarades et son colonel. On est obligé à son insu de lui remplacer les cartouches ordinaires par des cartouches remplies de son.

Ses chefs se demandent alors ce qu'il faut faire de lui dans l'intérêt de la sécurité publique. Les médecins des corps consultés, opinent fortement pour la séquestration dans un asile d'aliénés. Ils écrivent « que A... a des impulsions morbides irrésistibles ou inconscientes ; qu'il est atteint d'un délire partiel parfaitement caractérisé, folie jalouse... ; que, sous l'influence d'hallucinations lui faisant entendre des injures ou des paroles désagréables, il est entraîné à des voies de fait ; qu'il faut l'enfermer au plus tôt... »

Il fut envoyé à l'hôpital de Sedan, dont le médecin fut d'avis qu'une mise en non-activité serait suffisante. On prit cette dernière détermination et A... fut conduit à Revel (Haute-Garonne), qu'on lui avait assigné comme résidence obligatoire.

Dans cette ville, beaucoup de personnes ont cru et croient encore à l'intégrité mentale de M. A..., à la réalité de ses malheurs conjugaux, et le regardent comme une victime de la haine et de la malveillance. Quelques-unes

l'on mieux jugé. Son attitude et ses actions sont du reste bien significatives.

Non content de raconter encore son histoire à tout le monde, A... continue à écrire de nombreuses lettres, réquisitoires interminables où il revient constamment, invariablement, presque dans les mêmes termes, sur les mêmes sujets, sur les mêmes griefs imaginaires. Il s'en prend toujours aux mêmes personnes et finit par dire que tout le monde est ligué contre lui. Les ministres, ses chefs, les magistrats, les jésuites même forment une vaste association, dirigée par la famille de sa femme, et dont il subit les machinations et le mauvais vouloir. Cette association a des agents dans Revel même. M. A... écrit dans une de ses lettres : « A Revel où je suis retiré, on a encore essayé de répandre les calomnies sur moi, par un homme, musicien de la localité, se faisant l'écho d'une version imaginaire... »

Les lettres écrites depuis un an révèlent une modification intéressante survenue dans l'ensemble des idées délirantes de M. A..., modification qui se préparait déjà précédemment. Dans le principe, il se plaignait avant tout de la famille de sa femme. C'est elle qui dirigeait tout, c'est sa femme qui, en se prostituant, a obtenu qu'il fût changé de corps, qu'il fût mis en non-activité, qu'il fût la victime de mille injustices et de toutes sortes d'avanies. Mais voici que, désormais, sa femme et les parents de sa femme passent un peu au second plan. Désormais, il voit surtout devant lui ses chefs militaires, et dans toutes les mesures prises à son égard, mesures dictées toutes par une extrême bienveillance, il ne voit que vengeance dissimulée, déni de justice. Il croit qu'on a voulu le punir, le traiter comme s'il avait démérité, et ses lettres n'ont plus qu'un objet, demander justice, réclamer une enquête. Il voulait, disait-il, que la lumière fût faite sur son

compte et que ses calomniateurs fussent confondus. Une enquête fut ouverte, non pas précisément telle qu'il la demandait, ce qui eût été absurde, mais faite dans le but de savoir s'il devait dès lors être mis à la réforme. Il fut invité à se présenter devant le conseil d'enquête pour faire valoir ses revendications. Mais, en véritable aliéné, il ne se présente pas: « Je refuse, dit-il, de me présenter devant le conseil d'enquête, parce qu'il n'a pas ma confiance... Si on me propose de passer devant un conseil d'enquête, c'est que tous les bureaux de l'état-major sont vendus, corrompus..., achetés pour faire établir des relations de coq-à-l'âne... »

A partir de ce moment, ses récriminations prirent un caractère de gravité exceptionnelle. Dans toutes ses lettres il y a des menaces soit contre ses chefs, soit contre les médecins militaires, dont il se défie particulièrement. On lui refuse la justice qu'il demande; il annonce qu'il se fera justice lui-même. Il devient de plus en plus dangereux. L'autorité militaire s'émeut. Les médecins militaires les plus autorisés, consultés à diverses reprises, donnent un avis très explicite. Il faut séquestrer M. A... au plus tôt. Notre distingué confrère, M. le Dr Alix, médecin principal, insiste plus que tous les autres avec une grande compétence : « Il est évident, dit-il, que l'affection mentale dont est atteint depuis longtemps cet officier, subit une marche progressive très accentuée. Il n'est plus responsable de ses actions; il devient dangereux ; il faut qu'il soit enfermé dans un asile d'aliénés. »

Pressée d'agir, l'autorité militaire mit A... en prison. Elle en avait le droit puisqu'il insultait ses chefs. On le croyait dès lors incapable de nuire. Les mesures prises de concert avec l'autorité administrative, permirent enfin de séquestrer d'office le malade ; il fut conduit à Braqueville. On sait ce qu'il advint.

A... ne ressentit pas, du meurtre qu'il avait commis, l'impression qu'il aurait dû en ressentir s'il avait été réellement sain d'esprit. Il croit avoir été en état de légitime défense et il s'étonne des reproches qui lui ont été adressés à ce sujet. Son sens moral est tellement émoussé qu'il réclame plus énergiquement que jamais sa mise en liberté, oubliant qu'il doit compte à la société de la mort du directeur de l'asile.

Deux faits sont à signaler particulièrement, au point de vue de la nature et de la persistance de ses idées délirantes. Il réclame contre les mesures de précaution prises à son égard après l'attentat. On l'avait mis dans un quartier d'isolement ; il se plaint vivement de la solitude qui lui est imposée, et qui n'a pas d'autre but que de fatiguer et d'affaiblir son intelligence, afin de faire croire qu'il a perdu ses facultés mentales.

En second lieu, à trois reprises différentes, il a porté plainte contre nous à M. le procureur de la République. Bien qu'il eût reçu avis de notre visite, qu'il sût à quel titre nous venions auprès de lui, il ne voulut voir en nous que des ennemis, des agents de ses persécuteurs. « Je porte plainte, dit-il, contre les trois médecins qui se sont présentés, dans le but de nuire à ma personne. »

Nous l'avons visité plusieurs fois. Nous croyons inutile d'entrer dans le détail de nos conversations avec lui ; nous ne pourrions que répéter tout ce que nous venons de dire. Elles ont roulé sur tous les faits que nous avons racontés et nous avons constaté par nous-mêmes la nature morbide de ses idées. Nous ne retiendrons de tout ce qu'il nous a dit qu'une seule parole, parce qu'elle est caractéristique. Nous lui demandions pourquoi il avait tué M. Marchant. Sa réponse fut prompte, immédiate : « Parce qu'il se jouait de moi ! »

Pauvre malade! tout le monde se jouait de lui; il vou-

lait s'en venger ; notre infortuné confrère a été sa victime.

Dans nos interrogatoires nous avons été frappés de l'incohérence qui se manifestait dans les propos de M. A... Nous avons d'ailleurs remarqué la même incohérence dans la plupart des lettres qu'il a écrites pendant les derniers mois. Il passe d'une idée à l'autre avec une extrême confusion. Cette incohérence est-elle due à une plus grande surexcitation intellectuelle, ou bien est-elle l'indice d'un commencement de démence ? Nous inclinons vers cette dernière manière de voir : en tous cas, l'incohérence existe, et il était important de la constater.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés permettent de reconnaître aisément, chez M. A..., l'existence d'une maladie mentale.

Cette maladie, dont il portait sans doute les germes depuis quelque temps, a éclaté subitement en 1875. Elle a eu d'abord les caractères d'une folie jalouse. Dès cette époque, M. A... a eu des hallucinations, des illusions, il a entendu, il a vu, il a senti ce qui n'existait pas. L'état d'affaissement qu'il a éprouvé au moment de son mariage, état qu'il attribue à l'influence d'un poison, est bien digne de remarque. Ce phénomène est fréquent au début et dans le cours des maladies mentales.

Si on analyse toutes les modifications survenues dans les facultés intellectuelles depuis cette époque, on y trouve de nombreux symptômes de folie : idées fixes et fausses; perturbation de la sensibilité morale; perversion des sentiments affectifs... et, en dernier lieu, affaiblissement de ces mêmes facultés et incohérence des idées.

Quant à la forme du délire, elle est évidemment celle que l'on désigne sous le nom de délire des persécutions.

Et même M. A... en est arrivé jusqu'à cet état dans lequel l'aliéné, de persécuté qu'il était, devient aussi persécuteur. Nous le voyons poursuivre de ses récriminations, de ses imputations mensongères, les personnes auxquelles il attribue la cause de ses souffrances; il se pose en victime; il écrit des lettres d'accusation; il invective l'autorité; il s'adresse à tous les pouvoirs constitués, qu'il rend responsables de ce qui lui arrive. Enfin, dominé par le besoin de la vengeance, il en arrive à tuer.

Devant tous ces faits, devant tous ces témoignages, le doute n'est pas possible : A... a été et est bien réellement aliéné. Sa folie est plus vivace que jamais, comme on peut s'en convaincre et par son attitude, et par ses paroles, et par ses lettres, dont les plus récentes datent seulement de quelques jours. Il n'a rien changé de ses anciennes idées; il n'a fait que les fixer plus profondément dans son esprit. Toute sa conduite est dirigée par elles. Depuis plus de six ans, cette folie n'a fait que s'aggraver, et elle est arrivée aujourd'hui à un état de systématisation voisin de l'incurabilité.

Nous concluons donc :

1° A.. est bien réellement atteint d'une maladie mentale, qui consiste en un délire des persécutions, avec hallucinations et tendance à la démence ;

2° Il n'est pas responsable du meurtre qu'il a commis ;

3° Il continue d'être extrêmement dangereux ;

4° Il doit être maintenu dans un asile d'aliénés.

A Toulouse, le 8 août 1881.

Signé : Noguès, Guilhem ; V. Parant, rapporteur.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Sur l'état mental de **LAURENCE** *(Alphonse), inculpé d'homicide suivi d'attentat à la pudeur*

(DÉBILITÉ MENTALE, ACCÈS AIGU DE DÉLIRE ALCOOLIQUE);

Par M. Legrand du Saulle.

Je, soussigné, Henri Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés), médecin du dépôt de la Préfecture de police, trois fois lauréat de l'Institut de France, etc., etc. ; invité à donner mon avis sur la question de savoir dans quel état mental pouvait se trouver Alphonse Laurence, le 30 et le 31 mars 1876 ;

Après avoir pris connaissance de toutes les pièces de la procédure et après avoir soumis le prévenu à un examen physique et intellectuel des plus minutieux ;

Déclare, en mon honneur et conscience, avoir été conduit aux convictions cliniques et médico-légales dont l'énoncé va suivre :

1° Antécédents de Laurence.

Alphonse Laurence est né en 1860. Dès les premiers mois de la vie, il a été affecté d'un écoulement purulent des deux oreilles, qui persiste aujourd'hui encore. Il est sourd du côté gauche.

Comme tous les enfants qui comptent des aliénés parmi leurs ascendants, son développement intellectuel s'est très tardivement opéré. Il n'a commencé à parler qu'à quatre ans et demi.

Placé d'abord dans une école du faubourg Saint-Martin, à Paris, il y est resté deux ou trois ans et il y a lentement appris à lire et à écrire. En 1869, il a été envoyé au collége de Pontoise. Là, en 1870, Remy, l'un de ses maîtres, l'a un jour attiré, caressé et placé sur ses genoux, puis il se serait livré à des rapports contre nature, tout en exerçant sur les organes génitaux de l'enfant les plus obscènes attouchements.

Ces faits se seraient renouvelés environ vingt ou vingt-cinq fois, auraient toujours causé à la victime une certaine douleur anale, et seraient devenus pour l'élève, ainsi souillé, l'origine d'habitudes solitaires actuellement très fréquentes.

Au collége, Laurence était très malheureux. Ses condisciples se moquaient de lui, lui faisaient de mauvais tours, lui reprochaient d'avoir une maladie des oreilles, de sentir mauvais, de manquer d'intelligence et d'avoir la figure de travers; ils lui donnaient des sobriquets et l'appelaient *bête*, *putois*, *cormoran*, *idiot*, *débardeur*, etc. On était très excité contre lui, on l'attendait à la sortie du collège, on le harcelait et on le frappait. Laurence se défendait, mais il se montrait affligé et aigri, parfois même découragé et désespéré. C'est ainsi qu'il aurait dit qu'on lui en ferait tant *qu'il se jetterait à l'eau ou qu'il se pendrait*. Son père est alors allé l'attendre à la porte de la classe.

Dès le jeune âge, il avait eu des frayeurs nocturnes. A quatorze ans et demi, il couchait encore dans le lit de sa mère. Poltron et impressionnable à l'excès, il s'évanouissait à la vue d'une goutte de son sang. Enfantin et arriéré dans ses jeux, il ne recherchait volontiers que la société de garçons bien plus jeunes que lui. En dernier lieu, il appartenait à la deuxième classe de français, ne possédait qu'une mémoire infidèle et ne travaillait presque

pas. On ne lui connaissait ni vocation, ni aptitude, et ses parents avaient espéré pouvoir faire de lui un tanneur.

2° Examen direct de Laurence.

État physique. — Alphonse Laurence est grand et fort. Sa constitution est robuste et son crâne médiocrement conformé. Comme chez presque tous les héréditaires, sa face est difforme et asymétrique, ce qui donne à l'expression générale de sa physionomie un aspect dysharmonique choquant. La moitié droite est de beaucoup plus petite que la moitié gauche. Les deux mâchoires ne se correspondent pas et ne s'obturent pas l'une l'autre; la mâchoire inférieure est proéminente et la mâchoire supérieure est en retrait. Cette disposition si défectueuse rend impossible la mastication des aliments en avant et oblige l'inculpé à refouler et à diviser seulement sur les côtés le bol alimentaire. La lèvre inférieure est large et épaisse. Le menton oblique fortement à gauche. La prononciation est incorrecte et la lecture à haute voix fait ressortir le bredouillement habituel. Le corps est très velu et le système pileux est partout en grande abondance. Le pénis est volumineux et le testicule droit plus petit que le testicule gauche. L'anus est un peu évasé, mais n'a pas la forme infundibuliforme qui est ordinairement si caractéristique chez les pédérastes passifs. Ce léger évasement en entonnoir a-t-il été autrefois plus marqué et ne tend-il pas à disparaître ? C'est probable.

Alphonse Laurence, semblable à la plupart des adolescents mal équilibrés et qui portent l'estampille visible d'une fâcheuse hérédité, a subi un développement inégal. Il s'est élancé et fortifié physiquement, alors que son évolution intellectuelle restait plus que tardive.

État intellectuel. — L'infériorité du niveau mental de Laurence est un fait hors de toute contestation possible. Quelque complaisance que l'on mette, dans une conversation soutenue avec lui, pour l'amener à des réponses valables sur certaines données élémentaires de morale générale (le bien et le mal, le juste et l'injuste) ; sur les vérités et les pratiques de la religion ; sur le choix d'une carrière pour un jeune homme ; sur les souvenirs de l'occupation prussienne à Pontoise ; sur les événements heureux et malheureux qui traversent l'existence de l'homme ; sur le bonheur de posséder une famille dévouée et tendre, l'inculpé se montre d'une insouciance, d'une ignorance et d'une sécheresse qui frappent d'étonnement. Il semble qu'on lui parle une autre langue que la sienne : il répond par une affirmation banale et niaise, ne peut porter un jugement sur rien, accepte tout, ne contredit pas, et n'arrive à avoir une opinion nette que lorsqu'il accuse le directeur, les professeurs et les élèves du collége de Pontoise. Sa dose si insuffisante de discernement, il la réserve tout entière contre ceux qui ne l'ont pas protégé, qui l'ont dépravé ou qui l'ont humilié. De sujet passif, il devient sujet actif. Il a lentement amoncelé des hontes et des rancunes et il les étale tout à coup. Il est accusé, peu lui importe, il n'en a pas souci, mais il se fait accusateur, parce qu'il a enfin l'occasion de parler et de divulguer « ses secrets ».

Le cerveau, après ce double effort de concentration prolongée et d'expansion soudaine, a épuisé toutes ses clartés disponibles et ne fournit plus rien. Une étincelle a pu jaillir, mais la demi-obscurité habituelle a reparu. Tout à l'heure Alphonse Laurence a eu la lucide indignation d'un adolescent de seize ans, et maintenant le niveau normal de son intelligence est comparable à celui d'un enfant de onze ans. Oui, au point de vue du déve-

loppement mental, Alphonse Laurence est en retard de cinq ans.

3° Les actes incriminés.

Des circonstances d'un ordre exceptionnel affranchissent un jour le débile collégien de Pontoise. Ses parents sont absents, il est seul au logis avec la domestique Julie et il profite de cette émancipation accidentelle pour se donner des airs de maître de maison et boire de l'eau-de-vie. Il rentre ivre le 30 mars et la bonne lui dit : « Vous avez bu de l'eau-de-vie, je le dirai à votre mère. » Par le fait d'un mouvement rapide, inattendu, violent et inconscient, dont la faiblesse intellectuelle et l'intoxication alcoolique font en ce moment les frais, il se précipite sur Julie, la serre à la gorge et détermine chez elle une syncope. La fille est à terre et Alphonse Laurence, de plus en plus égaré, songe en un pareil moment à satisfaire une maladive curiosité, celle de voir « comment sont faits les organes génitaux d'une femme ». Il découvre le corps de Julie, s'étend peut-être sur lui, mais porte surtout la main sur les organes de la malheureuse servante, car c'est avec la main et les ongles qu'ont été produites les petites érosions qui ont été remarquées au clitoris, aux grandes et aux petites lèvres. Julie cependant ne fait plus de mouvements. Alphonse Laurence, qui ne la croyait qu'évanouie, pense à la secourir et cherche à lui faire respirer de l'ammoniaque. La mort n'avait point attendu : elle avait laissé étendu sur le parquet le cadavre d'une vierge ! Et l'auteur involontaire de cette scène de sauvagerie délirante s'affaissa à son tour et s'endormit à côté de sa victime.

L'ivresse avait glacé l'aptitude copulatrice de l'adolescent, car si une tentative régulière de rapprochement sexuel avait été essayée, pourquoi n'aurait-elle donc pas

abouti? L'hébétude ébrieuse acheva son œuvre et appela nécessairement le sommeil.

L'analyse scientifique des taches a démontré l'absence d'animalcules spermatiques. Cette révélation présente un intérêt considérable, car si les taches qui ont été constatées sur le linge de Julie étaient des taches spermatiques *sans animalcule,* c'est qu'Alphonse Laurence, malgré sa stature vigoureuse, ne serait qu'un représentant tout à fait dégénéré de l'espèce humaine. On sait en effet que beaucoup d'imbéciles et la plupart des idiots sont inhabiles à la reproduction.

Les travaux modernes ont établi, d'autre part, que les familles d'aliénés s'éteignent fatalement à la quatrième génération, par le fait de la stérilité. Or, l'absence chez l'inculpé d'animalcules spermatiques révélerait un abaissement intellectuel bien plus profond encore que celui qui vient d'être signalé. — Mais il n'y a pas eu de tentative de viol.

Au bout de cinq ou six heures, Laurence se réveille, regarde autour de lui, cherche à rappeler ses souvenirs et finit par entrevoir ce qui s'est à peu près passé. Hagard, encore stupéfié par l'alcool, il transporte le cadavre de Julie dans une autre pièce, puis il retourne boire de l'eau-de-vie et déjeune. On sonne bientôt et il va ouvrir. Deux enfants, le frère et la sœur, demandent l'aumône. Laurence attire à l'écart le jeune garçon et quoiqu'il ne remplisse aucunement la première condition physiologique obligée pour avoir des rapports de ce genre, il se met en demeure de préparer sur le jeune mendiant une tentative de pédérastie.

Ce désordre mental, cette instantanéité impulsive et ce commencement d'acte odieux constituent la justification la plus évidente des faits de la veille. Même égarement d'esprit, même imprévu, même absence de discernement

et de volonté, même agitation alcoolique, même inertie génitale, même péril pour quiconque se présentera. Laurence n'a voulu ni violer, ni tuer Julie, ni souiller le jeune mendiant; il a obéi aveuglément aux incitations malfaisantes qui l'ont poussé à son insu à toutes les violences. Si le père et la mère de Laurence n'étaient point rentrés ce jour-là même, qui sait si leur maison n'eût pas été livrée aux flammes ? Lorsqu'un garçon aussi dénué d'intelligence vient à boire deux bouteilles d'eau-de-vie en deux jours, tous les malheurs peuvent survenir.

Plus l'intellect est élevé et puissant chez un homme et plus en général la résistance à l'alcool est grande. Moins les facultés mentales sont développées et plus l'ivresse est rapide, turbulente, délirante ou terrible. La facilité étrange avec laquelle les descendants d'aliénés se grisent et déraisonnent, alors qu'ils ont bu à peine deux ou trois verres de vin pur, est un fait aujourd'hui établi de la manière la plus péremptoire. Or, dans l'espèce, on sait à quelles libations déplorables s'est livré Laurence et l'on se rend compte de la série d'attentats qu'il a si inconsciemment commis.

Le délire alcoolique greffé sur la faiblesse d'esprit a amené à la fois et rendu inexécutable un projet de pendaison ; il a produit les divagations déclamatoires contenues dans les lettres qui ont été écrites le 31 mars ; il a inspiré les réponses troublées, mensongères et contradictoires des premiers interrogatoires dirigés par le magistrat instructeur et il a enfin déterminé cette impassibilité et cette absence de remords qu'a montrées Laurence, au moment de sa confrontation avec le cadavre de Julie.

Il n'est pas permis de se faire scientifiquement une opinion sur l'état mental habituel de l'inculpé, avant que ce dernier n'ait éliminé l'alcool qui a produit sa fureur passagère.

Huit ou dix jours environ après les attentats des 30 et 31 mars, on a noté un retour au calme, à une lucidité relative et à quelques sentiments de regrets. Laurence est alors redevenu lui-même, c'est-à-dire le faible d'esprit que chacun sait. Mais les actes, les écrits et les paroles qui rentrent directement dans la période de l'alcoolisme aigu ne témoignent que de phénomènes délirants exceptionnellement graves et qui échappent à toute discussion. Il est vrai que la constatation elle-même de ces phénomènes a une importance majeure et qu'elle conduit aux bénéfices édictés par l'art. 64 du Code pénal, lequel est ainsi conçu : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en démence au temps de l'action. »

4° Conclusions.

1° Alphonse Laurence présente des stigmates évidents d'hérédité morbide ;

2° Il est très arriéré intellectuellement et n'a qu'une somme insuffisante de discernement ;

3° Son niveau mental est comparable à celui d'un garçon de onze ans ;

4° Il a été atteint d'un accès de délire alcoolique aigu les 30 et 31 mars 1876 ;

5° Sous l'influence de ce délire temporaire, qui aggravait singulièrement son état mental habituel, Alphonse Laurence a eu des impulsions pathologiques soudaines, inconscientes, d'une exécution immédiate, sans délibération préalable et sans connivence avec la volonté ;

6° Ces impulsions ont déterminé un meurtre et des attentats qui excluent toute liberté morale et toute responsabilité légale.

Paris, 18 juillet 1876.

Legrand du Saulle.

P. S. — Alphonse Laurence a été condamné à deux ans de prison par la cour d'assises de Versailles. Tombé malade à la maison centrale de Poissy, il a été gracié par M. le président de la République. De retour dans sa famille, il est mort d'une méningite tuberculeuse. L. D. S.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Inculpation d'homicide volontaire sur son enfant âgé de quatorze mois. — Tentative de suicide par asphyxie

(ÉPILEPSIE. — IRRESPONSABILITÉ);

Par le Dr A. MOTET.

Nous, soussigné, commis le 18 décembre 1883 par une ordonnance de M. L..., juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet de constater l'état mental de la femme B... (Elisa), inculpée d'avoir volontairement donné la mort à son enfant âgé de quatorze mois, après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier, recueilli les renseignements de nature à nous éclairer, visité à plusieurs reprises la dite inculpée que nous avons soumise à une observation prolongée à l'infirmerie de la prison de Saint-Lazare, avons consigné dans le présent rapport les résultats de notre examen.

La femme B... est âgée de trente-quatre ans; mariée depuis dix ans à un ouvrier laborieux, elle ne s'occupe que de son ménage et de ses enfants. Elle a encore deux filles, l'une de neuf, l'autre de huit ans. Elle a perdu

quatre autres enfants, y compris le petit garçon de quatorze mois qui a succombé après la tentative d'asphyxie du 24 novembre dernier.

Nous avons voulu entendre le mari de cette femme. Simplement, avec une douleur profonde, il nous a raconté sa vie depuis dix ans; les renseignements qu'il nous donne ont une importance décisive.

Lorsqu'il s'est marié, il ne savait rien du passé pathologique de sa femme : quelque temps après, il s'est aperçu « qu'elle était sujette à des étourdissements ». Il ne s'en inquiéta pas, elle était enceinte, il crut à des accidents dus à la grossesse. Sa femme était, d'ailleurs, très douce, très bonne, ils vivaient heureux. Deux ans après, les étourdissements furent remplacés par de grandes attaques ; elle tombait à terre, sans connaissance, elle se débattait, avait de l'écume sanguinolente aux lèvres, elle perdait ses urines et ses matières fécales; puis, après l'attaque, elle restait plus ou moins longtemps hébétée, avec de gros yeux qui lui sortaient de la tête; elle marmottait des paroles qu'on ne pouvait entendre. On voyait bien qu'elle battait la campagne. Cela passait quand elle avait dormi; elle avait seulement mal à la tête et ne se souvenait de rien. Dans les derniers temps ses attaques étaient moins fortes, mais elles revenaient plus souvent, surtout la nuit. Son caractère avait changé, elle était sombre, parfois maussade, il ne fallait rien lui dire, elle se serait fâchée. Quand elle était ainsi mal à l'aise, fatiguée, elle se désespérait, et on l'a souvent entendu dire : « Vaudrait mieux que je soie en terre. » Le jour du malheur, le mari était venu déjeuner comme d'habitude, il trouva la figure de sa femme toute décomposée, et, pensant qu'elle n'était pas bien, pour ne pas l'irriter, il ne lui parla pas et retourna à son ouvrage. Les petites filles vinrent à midi ; la mère les envoya chercher deux

mesures de charbon ; elles crurent que leur mère voulait repasser du linge. En partant, elles embrassèrent leur mère et leur petit frère, et dirent au revoir. La mère leur répondit : « Oui, à revoir, mais vous ne me verrez plus. » A cinq heures, le mari revint de l'atelier, il trouva ses deux filles à la porte, qui, contre l'habitude, était fermée : elles avaient appelé, personne n'avait répondu. B... se souvenant de la tristesse de sa femme quand il l'avait quittée le matin, alla en toute hâte chercher un serrurier ; la porte ne s'ouvrant pas, on l'enfonça, et on trouva la femme B... étendue sur son lit, sans connaissance, respirant à peine, ayant à côté d'elle son petit enfant presque mourant. Dans la chambre, le poêle, tiré hors de la cheminée, un fourneau, contenaient du charbon de bois qui brûlait encore. »

Tout ce drame intime tient en quelques lignes, la tentative de suicide est évidente, les préparatifs semblent répondre à une préméditation ; mais si cet acte n'a rien, en soi, qui le différencie du même acte accompli par une personne en pleine possession d'elle-même, se déterminant librement, les conditions de l'état mental de l'inculpée nous permettent de l'interpréter à sa juste valeur.

On put, après assez longtemps, ranimer la mère et l'enfant ; la femme B... fut transportée à l'hôpital, où elle ne reprit connaissance que le lendemain matin. Le petit enfant succomba le 25 novembre.

A son réveil, la femme B... manifesta son étonnement de se trouver dans une salle d'hôpital. Elle n'eut aucun souvenir de ce qui s'était passé la veille ; elle n'a jamais pu reconstituer la scène du suicide, elle ne sait pas qu'elle a envoyé sa petite fille acheter du charbon.

Or, nous savons par le mari que la femme B... est atteinte de crises convulsives ; mais ces crises, avec les

caractères qu'elles présentent depuis dix ans, devaient exister, sous la forme vertigineuse, peut-être, bien avant le mariage : elles devaient dater, sinon de la première, du moins de la seconde enfance. Il nous importait de déterminer les antécédents : voici ce que nous avons appris.

Elisa B... est fille d'une mère qui s'était remariée tard, et qui lui donna le jour ayant quarante-deux ans. Son père avait des attaques convulsives fréquentes. Elle eut, à dix ans, une fièvre typhoïde ; c'est à partir de ce moment que se montrent les troubles vertigineux ; elle ne tombait pas, elle n'avait pas de convulsions, mais tout à coup, elle se trouvait mal, avait une pâleur extrême ; cela durait quelques secondes, et elle était envahie par un irrésistible besoin de dormir. Quand elle se réveillait, elle ne se souvenait pas du malaise qu'elle avait éprouvé. Sa mémoire a, d'ailleurs, toujours été très faible, elle est plus incertaine aujourd'hui que jamais.

Après l'apparition de la menstruation, vers treize ans, les crises ont été plus fréquentes, elles revenaient de une à quatre fois par mois. Les attaques convulsives sont de date plus récente ; il y a huit ans, au dire du mari, que la première est survenue. Depuis, il semble qu'il ne se soit pas passé un mois sans qu'il y en ait eu au moins une. A la fin de juin 1883, la femme B..., en préparant le repas, est tombée dans sa chambre, auprès du poële, elle a eu deux doigts profondément brûlés ; la cicatrice entraîna une déformation de l'indicateur, effilé en fuseau. A la fin d'août, ses petites filles, en rentrant de l'école, l'ont trouvée couchée à terre, sans connaissance, et sont allées chercher leur père à l'atelier.

Le 24 novembre, au matin, elle a eu une grande attaque. L'état dans lequel son mari l'a trouvée, « la figure décomposée », est l'état consécutif à la crise convulsive.

On sait combien les actes délirants, à caractère impulsif, sont fréquents à la suite des attaques; on sait aussi combien est absolue la perte du souvenir de ces actes.

Il n'est pas douteux que la femme B... est atteinte d'épilepsie. Chez elle, la forme vertigineuse a été seule observée jusqu'à vingt-six ans, la forme convulsive a succédé, et les attaques diurnes ou nocturnes, ont eu tous les caractères de la grande attaque comitiale. Si l'intelligence n'avait pas jusqu'alors été troublée, il est certain qu'elle s'était un peu affaiblie déjà ; dans ces derniers temps, des préoccupations tristes étaient venues; le désir d'en finir avec une vie qui lui était à charge avait été exprimé plus d'une fois. Aux heures d'accalmie, elle n'y pensait plus, elle était, comme autrefois, affectueuse pour les siens. Le jour où elle était prise de « son mal », elle était sombre, son irritabilité était plus grande; ayant vaguement conscience de son état, elle arrivait par degrés au découragement. Après l'attaque, elle ne s'appartenait plus pendant de longues heures, elle était tout entière dominée par une obsession pathologique, à laquelle il lui était tout aussi impossible de se soustraire que d'échapper à l'attaque convulsive.

Les préparatifs et l'exécution du suicide appartiennent certainement à la période délirante consécutive à l'attaque de la matinée. Ils répondent à une préoccupation antérieure, et le trouble mental déterminé par l'attaque a supprimé toutes les résistances; il a de même aboli tout souvenir.

Elle ne se souvient plus, en effet, d'avoir bourré le poële de charbon après avoir dégagé le tuyau de la cheminée, d'avoir allumé un réchaud, fermé les persiennes et la fenêtre, donné un tour de clé à la porte. Aujourd'hui qu'elle a appris ce qui s'est passé, soit par son mari, soit par nous-même, elle suppose que si elle a allumé du

charbon, c'est qu'elle avait du linge à repasser, et elle ajoute : « Çà devait être un samedi ». Elle explique que, quand elle voulait endormir son petit enfant, elle s'étendait sur le lit, elle lui donnait à téter dans cette position ; il s'endormait au sein, elle le posait doucement pour ne pas le réveiller. C'est là ce qu'elle a dû faire, comme d'habitude. Seulement, comme elle oublie souvent ce qu'elle s'est proposé de faire, elle n'a peut-être plus pensé que le charbon était allumé, et elle a été surprise sans s'en douter. Elle n'affirme rien, elle ne sait pas ; elle a cherché une explication, elle a trouvé celle-ci et ne l'impose pas à la manière des gens qui se disculpent d'une faute.

Pour nous, elle n'a rien à chercher, rien à dire. La tentative de suicide, la mort de l'enfant, appartiennent à une crise délirante consécutive à une attaque d'épilepsie ; nous n'hésitons pas à déclarer que la femme B... en est absolument irresponsable.

Mais si cette femme ne doit pas, ne peut pas être considérée comme responsable de ses actes, ne reste-t-il rien à faire, aucune mesure à prendre vis-à-vis d'elle ?

Tel n'est pas notre avis. Il est d'expérience que les épileptiques, lorsqu'ils délirent soit avant, soit après l'attaque vertigineuse ou convulsive, reproduisent dans les accès ultérieurs les actes impulsifs déjà accomplis. La femme B... a préparé un suicide sous cette influence, elle est exposée à en préparer un autre si on la laisse livrée à elle-même. Pour sa propre sécurité, aussi bien que pour sauvegarder la sécurité de son entourage, et même dans un intérêt de sûreté publique, nous pensons qu'il est nécessaire de mettre la femme B... à la disposition de l'autorité administrative, qui pourvoira, d'office, à son placement dans un asile d'aliénés.

Paris, le 5 janvier 1884.

A. Motet.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Sur l'état mental de DELMET (Gédéon), incendiaire

(ÉPILEPSIE VERTIGINEUSE);

Par le Dr A. Motet [1].

Nous, soussignés, Dr Bourgeois, médecin de l'hôpital de Beauvais; Dr Bergeron, professeur de la Faculté de médecine de Lille; Dr Motet, médecin en chef de la maison d'éducation correctionnelle, à Paris, chevaliers de la Légion d'honneur, commis le 8 mars 1883 par un arrêté de la cour d'assises du département de l'Oise, à l'effet de constater l'état mental du nommé Delmet (Gédéon), accusé du crime d'incendies volontaires, de rechercher si cet homme est ou non responsable de ses actes; après avoir prêté serment devant M. le président du tribunal civil de Beauvais, pris connaissance des pièces de la procédure, recueilli les renseignements de nature à nous éclairer, visité à de nombreuses reprises l'accusé, soit ensemble, soit isolément, avons en notre honneur et conscience consigné dans le présent rapport les résultats de notre examen.

Delmet (Gédéon), âgé de trente-deux ans, journalier, a toutes les apparences d'une constitution vigoureuse et d'une bonne santé habituelle. Sa physionomie est peu intelligente; la face présente un très léger degré d'asymétrie. Les organes génitaux sont normaux, mais peu développés.

[1] Extrait de l'*Encéphale*, 1883.

D'un caractère doux et facile, Delmet n'a pas d'ennemis. Il n'a, contre qui que ce soit, de motifs de haine ou de vengeance. Il travaille d'une manière régulière et n'a pas, à bien dire, d'habitudes d'intempérance; seulement il est démontré que de temps en temps il faisait des excès de boissons. Marié, père de deux enfants, il vit dans les meilleurs termes avec sa mère et sa femme. Il a pu, pendant plusieurs années allumer de nombreux incendies sans que les soupçons se soient portés sur lui. Il paraissait impossible qu'un homme de mœurs aussi simples, en apparence aussi inoffensif, fût capable de commettre de pareils crimes.

Du mois de janvier 1878 à la fin de décembre 1882, vingt-trois incendies ont éclaté et sont aujourd'hui reprochés à Delmet. Il avoue les uns, il nie les autres; pour nous, les dénégations sont sans valeur. Il n'est pas douteux que l'accusé est l'auteur d'un nombre considérable d'incendies et que ces actes criminels, restant sans mobile appréciable, sont en désaccord avec le caractère, les habitudes de celui qui les a commis.

La cour l'a jugé ainsi. Il s'est posé devant elle un problème dont elle nous a fait l'honneur de nous demander la solution. Nous la lui apportons.

Ce n'est pas sans difficultés que nous sommes arrivés à la détermination de l'état mental de Delmet. Cet homme, d'une intelligence paresseuse, a peine à comprendre nos questions. Moitié par méfiance instinctive, moitié par défaillance de la mémoire, il ne nous donne que des renseignements incomplets ; il ne s'est jamais rendu compte de la nature, du caractère de notre intervention. Plus que sommaire dans ses réponses, il nous oblige à rechercher dans son passé ce qui peut éclairer le présent. Nous sommes ainsi arrivés à reconstituer la biographie cérébrale de Delmet; nous avons trouvé des faits d'une im-

portance clinique décisive, qui, interprétés comme ils doivent l'être, expliquent ce qui, jusqu'alors, était resté obscur.

Delmet est né d'un père qui avait, nous a-t-on dit, des habitudes alcooliques et qui est mort à l'âge de quarante-huit ans. Nous ne savons rien de la maladie qui l'a emporté, mais on nous affirme « qu'il tombait souvent dans les champs, qu'on était obligé de le ramener chez lui; que très souvent il avait des étourdissements ». La mère de Delmet vit encore, et ne présente rien, au point de vue pathologique, qui soit important à noter.

L'enfance de l'accusé a été maladive. Il est resté sujet assez longtemps à des crises convulsives d'une excessive violence. « Il restait comme mort pendant des heures », quelquefois il se débattait, « se déchirait la figure ». Il urinait dans son pantalon, dans son lit, et l'incontinence d'urine a persisté longtemps. Les accidents convulsifs devinrent plus rares à partir de la douzième année; on ne retrouve plus que de loin en loin de grandes attaques. Mais il y en a eu, certainement, plusieurs depuis que Delmet est marié, une entre autres dans une bergerie. Il est tombé sans connaissance, se débattant, ayant de l'écume sanguinolente aux lèvres. Il a été ramené chez lui, et, telle est l'insouciance de sa femme, doublée d'une infériorité intellectuelle trop facilement appréciable, que c'est à peine si elle y avait fait attention. Elle nous signale encore une chute à la porte de la maison, après laquelle Delmet est resté quelque temps sans parler, « mais, il s'est couché; le lendemain on n'y pensait plus ».

L'accusé est absolument illettré. Il a été deux ou trois ans à l'école, il n'a rien pu apprendre. Il n'avait pas de mémoire; cette faculté ne s'est pas développée depuis, il nous est impossible de réveiller des souvenirs précis, aussi bien à propos de faits anciens que de faits récents.

Si les grandes attaques convulsives sont devenues rares, il n'en est pas de même de troubles cérébraux en apparence moins graves, pouvant échapper facilement à des observateurs inexpérimentés, et qui, pour nous, ont une valeur considérable.

Nous voulons parler des vertiges comitiaux.

Delmet est souvent pris, tout à coup, au milieu de ses occupations, dans les champs, aussi bien que dans la maison, d'une bouffée congestive de la face; « *il devient cramoisi* », puis, quelques instants après, il est *tout pâle.* Quelquefois il reste debout, le plus souvent il est tellement étourdi qu'il fléchit sur les jambes et tombe, ou s'il en a le temps, il s'assied. A la prison de Beauvais, on l'a vu une fois dans cet état. A Paris, soumis à une observation continue, il a eu trois crises semblables. La première dans la nuit du 17 au 18 avril; il est tombé de son lit; il est resté à terre, alourdi, hébété, paraissant ne voir personne. Il était, quand on l'a relevé d'une pâleur mortelle; le lendemain matin, il n'avait aucun souvenir de sa chute.

Dans la journée du 19 avril, étant assis dans la cellule sur le bord de son lit, il est subitement devenu très rouge; on lui a parlé, il n'a pas répondu; la pâleur est arrivée, il a semblé sortir d'un rève, et dix minutes après, il était revenu à lui.

La troisième crise a été constatée dans la nuit du 21 au 22 avril. Il est tombé encore de son lit, il est resté étendu à terre, sans mouvement, très pâle, environ un quart d'heure; il s'est relevé seul, et s'est recouché sans dire mot à ses co-détenus. Il avait eu un violent mal de tête pendant la journée; depuis il déclare qu'il se sent beaucoup mieux.

Un homme de trente-deux ans, qui, dans l'enfance, a eu de grandes attaques convulsives se répétant fréquemment, qui, dans la seconde enfance, a eu des attaques de

la même nature, plus rares peut-être mais auxquelles se sont substituées des crises de vertiges avec rougeur et pâleur alternatives de la face, étourdissements, hébétude, stupeur consécutive, est atteint d'épilepsie.

Le trouble cérébral est tout aussi profond, tout aussi grave que la manifestation épileptique soit convulsive ou vertigineuse. Il est même d'expérience que les vertiges comitiaux sont plus fréquemment suivis d'accès impulsifs que la grande attaque, et qu'ils mènent plus vite qu'elle à la démence. Non seulement on n'est pas fondé à conclure du désordre apparent que tout le monde peut juger dans l'épilepsie convulsive, à la gravité plus grande du mal, mais encore c'est le contraire qui est vrai, pour ce qui regarde surtout les manifestations délirantes.

Ces prémisses posées, il nous est permis d'aborder la discussion de l'état mental de Delmet et de déterminer sous quelle influence cet homme est devenu un incendiaire.

L'épilepsie présente ce fait remarquable, c'est qu'elle est toujours identique à elle-même, que la crise de mal épileptique, sous la forme convulsive ou sous la forme vertigineuse, ressemble fatalement à celle qui l'a précédée ; que, si elle se complique de délire, les conceptions délirantes et les accès impulsifs seront absolument les mêmes.

On sait aussi, et c'est la gloire de Lasègue de l'avoir démontré d'une manière magistrale, que des causes spéciales venant accidentellement produire une excitation directe sur les centres nerveux d'individus atteints d'affections cérébrales, provoquent le retour des crises délirantes ; parmi ces causes, l'une des plus actives est l'intoxication alcoolique. Elle agit d'autant plus vite que les « cérébraux » sont, de par leur état pathologique plus sensibles que tous les autres à l'influence de l'agent toxique. Si bien que des épileptiques peuvent ne présenter

que le vertige simple aussi longtemps qu'ils restent sobres, et entrer d'emblée, après le vertige, dans les complications délirantes lorsqu'ils sont sous l'influence de l'excitation alcoolique.

Delmet appartient à ce type : déjà la multiplicité de incendies sur le même point indiquait que leur auteur devait être un malade, procédant toujours de la même manière; si l'entourage de Delmet, terrifié par ces sinistres répétés, ne pouvait et ne devait penser qu'à la malveillance, nous n'avions pas les mêmes raisons pour nous arrêter à ce soupçon, nous souvenant d'une loi de pathologie mentale dont nous avons bien souvent vérifié l'exactitude : « Toutes les fois que, dans la campagne, des incendies sont allumés à des intervalles plus ou moins rapprochés, c'est qu'il y a dans une famille, un imbécile, un idiot, ou un épileptique ; qu'on recherche, qu'on observe attentivement, on le prendra sur le fait. »

Il n'est pas douteux que Delmet est un épileptique et qu'il a de fréquents vertiges. Nous en avons constaté trois en moins de cinq semaines, et nous avons la certitude qu'il a pensé à mettre le feu à la prison de Beauvais comme au dépôt à Paris. Ce qu'il nous dit à ce sujet doit être d'une sincérité absolue : « Dans la nuit où je suis tombé de mon lit (nuit du 17 au 18 avril), ça me disait de mettre le feu ; ça m'a dit aussi, ça ne brûlera point là ». Il avait eu encore ce qu'il a éprouvé bien souvent, ce qu'on observe chez quelques épileptiques incendiaires ou homicides, la vision rouge, globes de feu ou flammes, véritable hallucination qui suit de près « l'ictus épileptique». Pourquoi n'a-t-il pas mis le feu à Beauvais et à Paris? — Nous le dirons tout à l'heure.

Toutes les fois que Delmet a mis le feu à des maisons habitées, à des granges, il a éprouvé les mêmes sensations. Une irrésistible impulsion le dominait, il était anxieux

aussi longtemps qu'il n'avait pas cédé. « Quand ça me prenait, j'avais le cœur serré; quand ça flambait, j'étais soulagé. » Elle est bien de lui, cette phrase qu'il nie avoir jamais prononcée et que nous affirmons qu'il a dite : « Quelle belle raie de feu ! » Les Pyromanes ont de ces exclamations.

« Une femme, qui avait incendié sa propre maison et qui avait été surprise dans une sorte d'extase en présence des flammes, avouait qu'elle était l'auteur d'un autre incendie, qu'il n'y avait pour elle rien de plus beau, qu'elle avait été poussée par un cauchemar qui l'obsédait, et qu'à la vue des flammes, son cauchemar se fondait, se calcinait, qu'elle était soulagée. » Nous en pourrions citer de nombreux exemples.

Pour Delmet on peut se demander comment, si le vertige épileptique est suivi d'un délire impulsif toujours identique à lui-même, il a pu se faire qu'il n'ait pas incendié sa propre maison, qu'on ne l'ait pas surpris essayant de mettre le feu n'importe où, à la suite de l'un de ces étourdissements auxquels il est si sujet?

La raison, la voici :

En étudiant le dossier, en trouvant que Delmet avait été vu au cabaret dans plusieurs des soirées pendant lesquelles avaient éclaté les incendies, l'idée nous vint de contrôler les dates, de chercher à quel jour de la semaine elles répondaient dans la succession des années. Nous sommes arrivés au résultat suivant;

En 1878, le 20 janvier, le 14 avril, le 26 mai sont des dimanches; le 15 août est un jour de fête; le 15 septembre, le 6 octobre, le 29 décembre sont des dimanches.

En 1879, le 26 janvier, le 5 octobre sont des dimanches.

En 1880. C'est le 1er janvier.

En 1881, le 4 juillet est un dimanche, le 25 décembre est le jour de Noël.

Donc, sur la totalité des incendies, douze correspondent à des jours de fête. Est-ce une simple coïncidence? Nous ne le pensons pas. Delmet, ces jours-là, allait au cabaret, il buvait, et l'excès alcoolique lui fournissait l'appoint d'excitation nécessaire pour que l'impulsion qui commandait fut obéie. Elle était d'autant plus impérieuse alors, et nulle résistance ne pouvait lui être opposée. L'appétit était surtout éveillé par la vue de la paille, il suffisait qu'il en passât quelques brins par une ouverture pour que Delmet y mit le feu, toujours par le même procédé, avec une allumette prise au cabaret. Il n'en portait pas ordinairement sur lui.

L'instruction a relevé quelques détails qui ne sont pas sans intérêt. Différents témoins ont dit « qu'ils avaient remarqué l'air drôle, la pâleur de Delmet; il courait de côté et d'autre ». Emile Cappelier se souvient du propos suivant : « Tant pis si la meule du patron brûle, ce sera beau ». Une fois, Delmet était profondément endormi une demi-heure après être rentré chez lui; il venait de mettre le feu. Le jour de l'incendie chez Dufoulloy, le 13 janvier 1880, Thiesset Nicolas a constaté sur la neige, qu'un individu avait uriné tout en courant; nous ne voulons pas tirer de conséquences trop absolues de ce dernier fait, nous ne pouvons dire qu'une chose, c'est que l'incontinence d'urine est fréquente chez les épileptiques, et que Delmet a plus d'une fois mouillé sa chemise et son pantalon. Si l'attention avait été appelée sur l'état mental de l'accusé, on eût observé bien des particularités qui ont passé inaperçues; notre tâche eût été facilitée. Toutefois, notre examen direct, les renseignements que nous avons recueillis, suffisent, et au-delà, pour nous permettre de formuler les conclusions qui nous sont demandées.

Delmet (Gédéon) est atteint d'épilepsie vertigineuse, les

vertiges sont suivis chez lui d'accès de délire impulsif, de courte durée, pendant lequel il est irrésistiblement poussé à incendier.

Le délire impulsif consécutif aux vertiges comitiaux est d'ordinaire transitoire; il s'épuise vite, et quand il est tombé il ne laisse pas de traces appréciables. On a peine à croire qu'un désordre mental aussi considérable puisse n'avoir qu'une durée aussi éphémère. Rien cependant n'est plus vrai, plus conforme à l'observation de tous les jours. Le vertige qui le précède peut lui-même se réduire à un étourdissement d'une seconde, à un simple spasme des muscles de la face; c'est un éclair qui passe, après lui l'ouragan se déchaîne, terrible, dévastateur. Et quelques heures après, tout est rentré dans l'ordre.

Delmet n'est pas une exception; mais il présente un côté particulièrement intéressant, tout personnel, que nous avons tenu à mettre en lumière. Chez lui, le délire reste hallucinatoire quand il n'a pas bu, il devient impulsif sous l'influence de l'excitation alcoolique. En cela encore, Delmet rentre dans les types classiques; c'est un grand malade dont l'avenir est plein de menaces, si l'on n'y prend garde.

Pour nous, cet homme n'est pas responsable de ses actes, mais la maladie dont il est atteint ne présente pas de chances de guérison et le rend, au suprême degré, dangereux pour la société. Il importe qu'il soit mis dans l'impossibilité de nuire et maintenu sous une surveillance étroite dans un asile d'aliénés.

Paris, le 10 mai 1883.

Signé : Bourgeois, Bergeron, Motet.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le jury acquitta Delmet.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Inculpation de vols

(PARALYSIE GÉNÉRALE. — IRRESPONSABILITÉ);

Par le Dr A. MOTET.

Nous, soussigné, etc., etc.

M. de L... appartient à une famille distinguée dont plusieurs membres ont occupé dans une grande administration une situation élevée. Il eût pu, avec ces antécédents, faire son chemin de ce côté, mais, très artiste, excellent musicien, il suivit une autre voie. Il se maria à vingt-six ans, contre le gré des siens, il eut six enfants. Sans fortune, le ménage connut toutes les privations. Le mari courut le cachet, la femme fit des fleurs artificielles pour vivre. Depuis vingt ans, à force de courage, ils ont à eux deux soutenu cette lutte contre la vie.

M. de L... a quarante-six ans aujourd'hui. C'est un homme d'aspect misérable, à la démarche mal assurée; il a une expression de physionomie caractéristique, mélange d'inquiétude et de niaiserie. Sa parole est hésitante, il n'articule plus franchement le mot, il passe des syllabes, et, si on l'oblige à un effort, il est pris de spasmes des muscles de la face, de tremblements fibrillaires des muscles des lèvres, tremblements qu'on retrouve très accusés à la langue : ils existent encore aux mains, et apparaissent aux membres inférieurs quand la station debout est prolongée.

Ces symptômes significatifs d'une lésion cérébrale en

évolution ont été constatés par Mme de L... depuis plus d'un an.

Nous pouvions penser à de l'alcoolisme chronique. Professeur de piano dans la journée, M. de L... « *faisait les soirées* », il avait fréquemment l'occasion de boire avec ses camarades d'orchestre, et, sans arriver jusqu'à l'ivresse, il accumulait les verres de vin et les verres de punch en quantité assez considérable. Une nuit qu'il sortait, après souper, d'un restaurant où il avait conduit l'orchestre d'un bal, un peu titubant, il glissa sur le bord d'un trottoir, tomba lourdement sur la tête, se fit au front une grave blessure, et perdit connaissance. On le porta chez lui, il ne reprit ses sens que dans la journée. A partir de ce moment, les troubles cérébraux, qui existaient déjà, devinrent de plus en plus apparents. Le caractère se modifia, les aptitudes baissèrent : physiquement et moralement, il s'affaissa. La déchéance a été progressivement croissant, et par crises, il est devenu absolument incapable de se livrer à aucun travail, il a même, pendant une quinzaine de jours, été gâteux.

Puis, comme il arrive si souvent dans les affections cérébrales de cet ordre, il eut des rémissions, sans redevenir ce qu'il était jadis. Tout amoindri qu'il fût, il pouvait encore, par une sorte d'automatisme, jouer des airs qu'il avait plutôt au bout des doigts que dans la mémoire. Un presdigitateur, qui le connaissait de longue date et savait sa position misérable, l'emmenait par pitié pour lui faire gagner quelque argent. C'est ainsi qu'il alla le 25 décembre chez M. X... pour jouer quelques ritournelles au cours d'une séance de physique amusante.

Là, M. de L... fut trouvé errant dans l'appartement; on le surprit faisant main basse sur de petits objets, et l'on retira de ses poches bourrées, un étui, des ciseaux, deux couteaux, un tire-boutons, une boîte d'allumettes,

un bracelet, un coupe-papier, des cigares, un porte-mine, une cravate, un mouchoir de poche, des gâteaux, des bonbons, etc.

A elle seule la multiplicité de ces objets était un indice du trouble mental de ce singulier voleur. On l'arrêta cependant, et chez le commissaire de police, il ne se défendit pas, il laissa dire et faire, signa même le procès-verbal, sans se douter peut-être que c'était bien de lui qu'il s'agissait.

Cette impulsion au vol avait été déjà plus d'une fois constatée chez M. de L... Il vole même dans son appartement. C'est dans ses poches que sa femme retrouve ses bobines de fil de laiton, ses pinces, ses pétales de fleurs. Il restitue, d'ailleurs aussi facilement qu'il a pris, ayant, d'ordinaire, oublié ses larcins.

Au moment de notre examen, M. de L... ne se souvient plus des vols qui lui sont reprochés, et qui ne sont qu'un épisode dans un ensemble de troubles dont la gravité ne saurait être méconnue. Cet homme, atteint d'une lésion cérébrale (péri-encéphalite diffuse), est déjà dément : la maladie ne s'arrêtera pas dans sa marche progressivement envahissante. Il faut, à bref délai, s'attendre à des troubles plus accusés encore, à la nécessité de pourvoir à son placement dans un asile d'aliénés.

Dans ces conditions, M. de L... qui a cédé, sans résistance possible, à un entraînement tout pathologique, ne peut pas être considéré comme responsable de ses actes.

Paris, 8 février, 1884.

A. MOTET.

N. B. — Il y a un mois environ, la femme de ce malade est venue me prier de l'aider à faire placer son mari à l'asile Sainte-Anne. Il avait été pris d'une

bouffée congestive avec congestion épileptiforme. Depuis, il est resté presque inerte, gâteux ; c'est à peine s'il bredouille quelques phrases absolument incohérentes.

Asiles pour les aliénés criminels. — Lorsqu'après une expertise médico-légale l'inculpé, déclaré irresponsable, a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu, il reste encore à se demander ce qu'il convient de faire vis-à-vis de ce malheureux.

Faut-il, l'assimilant à un aliéné ordinaire, l'interner tout simplement dans un asile d'aliénés, sans que les conditions de son séjour ou de sa sortie de l'établissement soient soumises à une réglementation spéciale?

Faut-il, au contraire, le séparer des autres aliénés et l'interner soit dans un asile spécial, comme celui de Broadmoore en Angleterre (criminal lunatic asylum), soit dans un quartier annexe de prison, comme cela existe à la Maison centrale de Gaillon, en France, et soumettre son séjour et sa mise en liberté à une réglementation tout à fait particulière ?

Telle est l'importante question actuellement en discussion, en France, au point de vue scientifique devant les corps savants, et au point de vue législatif dans la commission chargée d'élaborer le nouveau projet de loi.

Sans prendre parti dans cette grave question, nous nous bornerons à constater que la majorité des esprits penche vers la création d'asiles d'Etat spé-

ciaux, pour les aliénés non pas criminels, puisque ces deux mots sont incompatibles, mais pour les aliénés à tendances essentiellement malfaisantes et dangereuses. Parmi les nombreuses raisons d'ordres divers qui ont provoqué cette solution, il faut citer surtout le besoin où l'on se trouve, par suite de la tendance actuelle à élargir de plus en plus la liberté des malades dans les asiles, de séparer des aliénés inoffensifs les aliénés véritablement dangereux, dont la présence avec les premiers s'accommoderait mal avec cet accroissement de liberté dont il est question.

CHAPITRE III

CODE CIVIL

DE LA CAPACITÉ DES ALIÉNÉS

A côté de la responsabilité criminelle des aliénés dont l'étude a fait l'objet des deux chapitres précédents, vient se placer la *capacité* de ces malades dans les affaires civiles.

Bien que l'examen médico-légal de la capacité des aliénés soit très rarement confié aux médecins praticiens, et soit plutôt du ressort d'experts spéciaux, il me semble cependant nécessaire de dire un mot des principales questions qui s'y rattachent. Comme pour le chapitre précédent, j'emprunterai la plupart des considérations qui vont suivre, à l'excellent article de mon regretté parent, le Dr Linas, renvoyant pour des détails plus complets aux Traités de médecine légale et particulièrement aux excellentes monographies de M. Legrand du Saulle.

INTERDICTION. — Législation : CODE CIVIL. — ART. 489. — Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité,

de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides.

Art. 490. — Tout parent est recevable à provoquer l'interdiction de son parent. Il en est de même pour l'un des époux à l'égard de l'autre.

Art. 491. — Dans le cas de fureur, si l'interdiction n'est provoquée ni par l'époux ni par les parents, elle doit l'être par le procureur du roi, qui, dans les cas d'imbécillité ou de démence, peut aussi la provoquer contre un individu qui n'a ni époux, ni épouse, ni parents connus.

Art. 492. — Toute demande en interdiction sera portée devant le tribunal de première instance.

Art. 493. — Les faits d'imbécillité de démence ou de fureur seront articulés par écrit. Ceux qui poursuivront l'interdiction, présenteront les témoins et les pièces.

Art. 497. — Après le premier interrogatoire, le tribunal commettra, s'il y a lieu, un administrateur provisoire, pour prendre soin de la personne et des biens du défendeur.

Art. 498. — Le jugement sur une demande en interdiction ne pourra être rendu qu'à l'audience publique, les parties entendues ou appelées.

Art. 499. — En rejetant la demande en interdiction, le tribunal pourra néanmoins, si les circonstances l'exigent, ordonner que le défendeur ne pourra désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier, ni en donner décharge, aliéner ni gréver ses biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil nommé par le même jugement.

Art. 503. — Les actes antérieurs à l'interdiction pourront être annulés si la cause de l'interdiction existait notoirement à l'époque desdits actes.

Art. 504. — Après la mort d'un individu, les actes par lui faits ne pourront être attaqués pour cause de démence,

qu'autant que son interdiction aura été prononcée ou provoquée avant son décès, à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui est attaqué.

Art. 505. — S'il n'y a pas d'appel du jugement d'interdiction rendu en première instance, ou s'il est confirmé sur l'appel, il sera pourvu à la nomination d'un tuteur ou d'un subrogé tuteur à l'interdit, suivant les règles prescrites au titre : *De la minorité, de la tutelle et de l'émancipation*. L'administrateur provisoire cessera ses fonctions, et rendra compte au tuteur s'il ne l'est pas lui-même.

Art. 506. — Le mari est, de droit, le tuteur de sa femme interdite.

Art. 507. — La femme pourra être nommée tutrice de son mari. En ce cas, le conseil de famille règlera la forme et les conditions de l'administration, sauf le recours devant les tribunaux de la part de la femme qui se croirait lésée par l'arrêté de sa famille.

Art. 508. — Nul, à l'exception des époux, des ascendants ou des descendants, ne sera tenu de conserver la tutelle d'un interdit au delà de dix ans. A l'expiration de ce délai, le tuteur pourra demander et devra obtenir son remplacement.

Art. 509. — L'interdit est assimilé au mineur, pour sa personne et pour ses biens ; les lois sur la tutelle des mineurs s'appliqueront à la tutelle des interdits.

Art. 510. — Les revenus d'un interdit doivent être essentiellement employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison.

Selon les caractères de sa maladie et l'état de sa fortune le conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans son domicile, ou qu'il sera placé dans une maison de santé, et même dans un hospice.

Art. 511. — Lorsqu'il sera question du mariage de l'en-

fant d'un interdit, la dot, ou l'avancement d'hoirie, et les autres conventions matrimoniales seront réglés par un avis du conseil de famille, homologué par le tribunal sur les conclusions du procureur du roi.

Art. 512. — L'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée; néanmoins, la main levée ne sera prononcée qu'en observant les formalités prescrites pour parvenir à l'interdiction, et l'interdit ne pourra reprendre l'exercice de ses droits qu'après le jugement de main levée.

Il résulte donc des termes de la loi, que le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. Il est superflu de faire ressortir ce qu'il y aurait d'imparfait et d'insuffisant dans cette formule, si les trois termes, *imbécillité*, *démence* et *fureur* avaient en jurisprudence le sens rigoureux et précis qu'ils ont aujourd'hui dans les nomenclatures nosologiques. Mais les jurisconsultes et les magistrats, en donnant à ces mots une acception plus large, admettent dans la division de l'article 489, toutes les personnes frappées de cet état d'incapacité notoire, auquel le législateur a voulu subvenir. Ainsi, d'après les rédacteurs mêmes du Code, « l'imbécillité est une faiblesse d'esprit causée par l'absence ou l'oblitération des idées; la démence provient, non de la faiblesse de l'esprit, mais d'un dérèglement d'idées qui ôte l'usage de la raison; la fureur n'est qu'une démence exaltée qui pousse à des actions dangereuses. » Sans nous arrêter à ce qu'il y a d'inexact et d'erroné

dans ces définitions, qu'il nous suffise de constater qu'on peut aisément y faire rentrer les formes principales de la folie. C'est là l'essentiel. Néanmoins, la loi gagnerait en clarté et en précision, si sa nomenclature était plus conforme aux classifications scientifiques généralement adoptées. Un autre point qui ressort rigoureusement des interprétations juridiques précitées, et qu'il importerait de ne jamais perdre de vue, c'est que le législateur a voulu frapper par l'interdiction, non pas tous les fous indistinctement, mais seulement les insensés assez dénués de raison pour ne plus pouvoir, comme dit D'Aguesseau, mener une vie commune et ordinaire, remplir la destination humaine, ni atteindre jusqu'à la médiocrité des devoirs généraux.

Le Code dit encore expressément que l'état d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être *habituel.* Cette condition est nécessaire pour rendre recevable toute demande en interdiction. Le délire aigu, les cas isolés, accidentels, rares et passagers de la folie sont rejetés par les tribunaux comme insuffisants. Mais il n'est pas besoin que l'aliénation mentale soit continue ; d'après le texte même de la loi, les intervalles lucides ne sont pas un obstacle au succès de l'instance.

« L'interdiction peut être provoquée par l'époux ou l'épouse, ou par un des parents de l'aliéné, ou, à leur défaut, par le ministère public. Leur demande est portée devant le tribunal civil. Les faits constitutifs de la folie doivent être articulés par écrit; et cette articulation est accompagnée d'un certificat médical qui

est en même temps destiné à éclairer le conseil de famille dont le tribunal ordonne la réunion et réclame l'avis avant tout acte d'instruction. Le certificat, délivré par le médecin dans ces circonstances, demande de sa part une attention toute particulière. Il ne doit pas ignorer que l'aliéné, après ces préliminaires, va être interrogé, soit en chambre du conseil, soit par un juge délégué assisté d'un membre du ministère public et que cet interrogatoire sur lequel repose en général le succès de l'instance, aura pour base principale le certificat du médecin et les faits qu'il énonce. Il se peut qu'une enquête soit jugée nécessaire, dans laquelle les preuves de la folie pourront être administrées par pièces ou par témoin et où, par conséquent, trouveront place encore les documents et témoignages médicaux. Il est bien entendu que l'interdiction n'a rien d'irrévocable, cela est bien important à retenir, et qu'elle cesse par le fait du retour de l'aliéné à la raison : la demande en main-levée doit être adressée au tribunal civil, elle est instruite et jugée dans la même forme que l'interdiction, et la constatation médicale a ici pour objet de vérifier la guérison. » (Tardieu).

L'interdiction des aliénés étant une mesure grave, puisqu'elle prive le malade de tous ses droits civils, ne doit être provoquée que lorsqu'elle est véritablement nécessaire. Le médecin ne saurait donc conclure en sa faveur à moins d'une raison majeure, ni toutes les fois qu'il s'agit d'une maladie mentale offrant des chances sérieuses de guérison ou, au contraire, rapidement mortelle. L'interdiction doit être

épargnée à un certain nombre d'aliénés chez lesquels elle n'est pas absolument nécessaire ; avec d'autant plus de raison, que la législation ne reste pas désarmée vis-à-vis de leur incapacité plus ou moins grande et qu'elle a à sa disposition deux mesures moins graves, mais qui n'en sont pas moins suffisantes dans la majorité des cas : le *conseil judiciaire* et l'*administration provisoire.*

Conseil judiciaire. — A côté des aliénés que la loi frappe d'interdit, il existe une autre catégorie d'individus qui ne sont pas assez sains pour jouir de la plénitude de leurs droits civils et qui cependant sont jugés capables de se marier et de tester. C'est pour veiller à la gestion de leurs biens que la loi pourvoit ces individus d'un conseil judiciaire, sorte de demi-interdiction qui leur interdit « de plaider, transiger, emprunter, recevoir capital, mobilier, donner décharge, aliéner ni gréver leurs biens d'hypothèques, sans l'assistance de leur conseil. » Cette demi-interdiction s'applique aux vieillards dont la mémoire est affaiblie, aux personnes dont l'intelligence est bornée et voisine de l'état d'imbécillité, à celles dont les facultés mentales ont subi quelque atteinte sérieuse sous le coup d'une maladie convulsive, ou d'une lésion cérébrale.

Administration provisoire. — Aux termes mêmes de la loi de 1838 (art. 31), les aliénés non interdits placés dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sont, par cela même, pourvus d'une admi-

nistration provisoire, exercée par les commissions administratives ou de surveillance de ces asiles.

Il peut en être de même des aliénés placés dans un établissement privé, mais dans ce cas, l'administration provisoire n'est pas de droit; il faut qu'elle soit demandée.

Sur la demande ainsi faite, en général par un membre de la famille, le juge de paix provoque la réunion du conseil de famille qui statue sur l'opportunité de la mesure et nomme l'administrateur provisoire.

Nous avons vu, d'après le texte de la loi, que les pouvoirs de l'administrateur provisoire étaient restreints, et limités à certains droits, parfaitement déterminés. Nous avons vu également que ces pouvoirs étaient temporaires et cessaient de plein droit lors de la sortie du malade de l'établissement d'aliénés.

MARIAGE DES ALIÉNÉS. — CODE CIVIL. ART. 146. — *Il n'y a point de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement.*

ART. 174. — *Lorsque l'opposition* au mariage est fondée sur l'état de démence du futur époux, cette opposition dont le tribunal pourra prononcer main levée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge, par l'opposant, de provoquer l'interdiction et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement.

Aux yeux de la loi, le mariage est un contrat civil. Or, tout contrat n'est valable que par le consentement, libre et exempt d'erreur, des parties contractantes. La folie devrait donc entraîner nécessairement la nullité du mariage si elle existait au moment où il

a été célébré. Lors de la discussion du code civil, le tribunal avait demandé en effet que l'interdiction fût considérée comme une cause dirimante, de telle sorte que le mariage de l'interdit dût être annulable alors même qu'il aurait été contracté dans une période de lucidité. Cette demande ayant été repoussée, l'article **146** est, suivant la plupart des jurisconsultes, le seul sur lequel on puisse s'appuyer pour faire annuler le mariage d'un interdit. En conséquence, il faudra pour que l'annulation soit prononcée, qu'on établisse qu'au temps de la célébration du mariage, l'interdit, à raison de son état d'aliénation mentale, n'était capable ni de manifester sciemment et librement sa volonté, ni de comprendre la nature et la portée de l'engagement qu'il prenait.

Conformément aux mêmes principes, le mariage d'un aliéné non interdit est valable s'il a été manifestement célébré pendant un intervalle lucide et consenti à bon escient ; il est annulable s'il a été contracté sans discernement, au milieu des égarements de la fureur ou des aveuglements de la démence.

Si l'interdiction n'est pas par elle-même un cas de nullité de mariage, elle a été rangée du moins par le législateur au nombre des causes d'opposition (art. **174**.).

La nomination d'un conseil judiciaire n'entraîne aucune incapacité quant au droit de contracter mariage.

La folie peut-elle devenir un cas de séparation de corps ou de biens? Nos codes sont muets à cet égard, mais il est clair que l'aliénation mentale étant souvent soit une cause de malversation ou de prodigalité rui-

neuse, soit l'origine méconnue « d'excès, de sévices et d'injures graves » entre époux, doit devenir ainsi, plus d'une fois, la source indirecte et lointaine de ces sortes d'instances.

Quant au *divorce*, il a été un instant question de l'admettre dans certains cas déterminés d'aliénation mentale, mais ce projet, récemment discuté avec ardeur, paraît être abandonné aujourd'hui.

Donations et testaments des aliénés. — « L'art. 901 du Code civil dit que « *pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit* ».

Cet article dont la rédaction est très claire, a cepenpendant donné lieu à un grand nombre de jugements contradictoires, parce que l'appréciation posthume de la folie est souvent très difficile. La question est en général facile à résoudre lorsque le donataire était déjà frappé d'interdiction au moment de l'acte. L'article 504 dit, en effet, « qu'après la mort d'un individu les actes par lui faits ne pourront être attaqués pour cause de démence qu'autant que son interdiction aurait été prononcée ou provoquée avant son décès ; à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui est attaqué. D'après la loi, le testament d'un interdit *peut être attaqué*, mais il n'est pas dit qu'il sera toujours annulé. Les défendeurs peuvent, en effet, invoquer la circonstance d'un intervalle lucide qui, une fois démontré, peut faire valider l'acte surtout si les dispositions testamentaires sont judicieuses et sages » (Lutaud).

Mais la question est bien plus compliquée lorsque le donateur est mort sans avoir été frappé d'interdiction. « Il faut alors, dit Linas, établir la démonstration posthume de l'état mental au moment de la confection de l'acte. L'acte est déclaré valable si la cour décide que l'auteur était sain d'esprit à l'époque où ses dispositions ont été prises, quelque signe de folie qu'il ait pu donner avant ou après. Certaines bizarreries d'humeur, des excentricités de goût, des travers de conduite et même la simple faiblesse d'esprit ou l'altération de la mémoire, telle qu'on l'observe chez les vieillards, ne suffisent pas pour rendre recevable une demande d'annulation ; il faut que les faits articulés soient assez précis pour caractériser la démence et pour donner une démonstration complète de l'aliénation mentale. Cependant la nullité d'une donation ou d'un testament peut être prononcée dans le cas où divers moyens de captation, intrigues, supercheries, pressions, intimidation ou autres influences pernicieuses ont été mis en jeu pour abuser de la faiblesse d'esprit du donateur ; les artificieuses et coupables obsessions ne sont que trop souvent employées au milieu des défaillances ou des terreurs de l'agonie. »

Puissance paternelle. — L'état habituel et notoire de folie, qui empêche l'aliéné de contracter un mariage valable, le prive aussi de consentir au mariage de ses enfants (art. 149). L'aliénation doit même, tant qu'elle existe, entraîner la perte de la puissance paternelle.

A cette incapacité d'exercer la puissance paternelle on peut ajouter celle qui prive les aliénés interdits du droit d'être tuteurs ou membres des conseils de famille (art. 442).

Témoignage des aliénés. — Bien que la loi soit muette sur le point de savoir si le témoignage des aliénés peut être admis devant les tribunaux, on peut dire cependant que ces malades ne peuvent guère être entendus qu'à titre de renseignement lorsqu'ils le sont, le trouble de leur esprit leur enlevant presque toujours les qualités nécessaires pour faire un bon témoignage.

Assurances sur la vie dans la folie. — L'aliénation mentale est habituellement rangée parmi les affections qui constituent une contre-indication à l'assurance sur la vie, et il résulte de certains précédents que la police d'assurance peut être annulée lorsque l'assuré n'a pas déclaré qu'antérieurement il a été atteint d'une affection mentale, même lorsqu'il ignorait avoir été atteint de cette affection et que son omission a été involontaire.

On voit donc à quelles contestations peut donner lieu l'existence de l'aliénation dans la question des assurances sur la vie.

Mais de toutes les affections mentales, celle qui par sa nature comme par son évolution détermine les événements les plus imprévus et les plus remarquables, dans cette question d'assurances, est sans contredit la paralysie générale progressive.

Je me contenterai, en terminant, de citer à cet égard

l'exemple frappant rapporté par M. Legrand de Saulle dans son étude médico-légale des assurances sur la vie.

« Deux hommes d'un certain âge — et les deux frères — se présentent un jour dans le salon d'un médecin aliéniste de Paris. L'aîné pénètre seul d'abord dans le cabinet de notre confrère et le prie d'examiner avec soin le malade qu'il lui amène. « Il n'a rien, dit-il, il se porte bien, et cependant il n'est plus le même. » Après un long interrogatoire, le frère aîné prend en particulier le médecin aliéniste et le supplie de lui parler à cœur ouvert. « La situation me paraît fort grave, répond l'homme de l'art; votre frère a des signes avant-coureurs de paralysie générale. » Des explications furent ensuite réclamées et données au sujet de cette terrible maladie, et l'on parla même de la possibilité d'une échéance fatale dans l'espace de trois ou quatre ans. Les visiteurs disparurent, mais une assurance de 100,000 francs fut placée sur la tête du malade, et trois ans après, le frère aîné recueillait tranquillement le produit de son vol.

ERRATA

—

P. 24, *au lieu de :* Shcrœder, van der Kolk, *lisez :* Schrœder van der Kolk.

P. 121, *au lieu de :* plagiocépé, hal, etc., *lisez :* plagiocéphalie, etc.

P. 206, *au lieu de :* Période. L'interprétation, *lisez :* Période d'interprétation.

P. 282, *au lieu de : pseudo paralysie potu, lisez : pseudo paralysis e potu.*

P. 291, *au lieu de :* aminci, *lisez :* animé.

P. 312, *au lieu de :* dysgramatique, *lisez :* dysgrammatique.

P. 360, *au lieu de : imitation, lisez : limitation.*

TABLE DES MATIERES

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE MENTALE

HISTORIQUE

Epoque primitive (Judée, Egypte, Grèce antique). . . . 2

Epoque médicale antique. 1° *période hippocratique; 2° période alexandrine ; 3° période gréco-romaine* (Asclépiade, Celse, Arétée, Cœlius Aurelianus, Galien, Arabes, Arabistes 5

Epoque de transition. 1° *Moyen-âge; 2° Renaissance* (Sydenham, Willis, Bonet, Vieussens, Boerhaave, Sauvages, Lorry, Cullen). 16

Epoque moderne (Pinel, Heinroth, Nasse, Friedreich, Vering, Amelung, Jacobi, Griesinger, Schrœder van der Kolk; Esquirol, Bayle, Delaye, Georget, Foville père, Trélat, Félix Voisin, Falret père, Morel, Ch. Lasègue, Jules Falret, Leuret, Baillarger, Marc, Fodéré, Ferrus, Parchappe, Marcé, Conolly, Guislain) 21

PREMIÈRE SECTION. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ALIÉNATION MENTALE

§ I. Définition de la *folie*. Différence entre la *folie* et l'*aliénation mentale*. Signification du mot *démence*. . . 27

§ II. Etiologie de la folie 28

Causes prédisposantes. Civilisation, idées religieuses, 30; événements politiques, guerres, 31 ; hérédité, 31 ; âge, sexe, 34 ; climats, saisons, phases de la lune, 35 ; état civil, professions, éducation, 35.

Causes occasionnelles. 1° *Causes morales* (passions, émotions, imitation 37

2° *Causes physiques*. *a*, locales (directes, sympathiques); *b*, Causes générales (anémie, cachexie, diathèses, fièvres). 39

3° *Causes physiologiques* (puberté, menstruation, grossesse 40

4° *Causes spécifiques* (alcool, plomb, tabac, opium, haschisch, morphine) 40

§ III. Diagnostic de la folie. 41

Constatation de l'état d'aliénation mentale ; distinction entre le délire fébrile et le délire vésanique, 41 ; constatation de la forme d'aliénation mentale, 43.

§ IV. Marche de la folie. 44

Distinction de la folie en aiguë et chronique, 44 ; début de la folie, passage à l'état chronique, 45 ; différents types d'évolution de la folie, 46 ; rémission, intermission, intervalle lucide, 46.

§ V. Durée de la folie. 47

Durée de la folie suraiguë, transitoire, aiguë, chronique, 47.

§ VI. Terminaison, complications de la folie. . . . 48
Guérison, incurabilité, mort, 48 ; complications, maladies incidentes, crises, 49.

§ VII. Pronostic de la folie. 50
Pronostic tiré des caractères de la folie, 50 ; pronostic tiré du malade, 52.

§ VIII. Anatomie pathologique de la folie. 53
Lésions dans l'aliénation mentale en général, 53 ; lésions dans la folie aiguë, 54 ; lésions dans la folie chronique, 54.

§ IX Traitement de la folie. 56

1° Traitement prophylactique ou préventif. 56

2° Traitement curatif. — A. *Traitement moral* (isolement, 57 ; direction morale, 60 ; occupations, distractions, spectacles, voyages, 62.

B. *Traitement physique. a*, Traitement hygiénique, 62 ; *b*, traitement médical interne (purgatifs, émissions sanguines, calmants, toniques, antipériodiques, stimulants diffusibles, haschisch, emménagogues), 63 ; *c*, traitement médical externe (hydrothérapie, bains, frictions, électricité, révulsifs, alimentation forcée, moyens de contention, no-restraint, 65 à 70.

CHAPITRE II

ÉLÉMENTS SYMPTOMATIQUES DE L'ALIÉNATION MENTALE

Division des éléments symptomatiques. 71

§ I. Eléments constitutionnels. 72

A. Lésions de développement (arrêt de développement). 73

B. Lésions d'affaiblissement (affaiblissement). . . . 75

§ II. Eléments fonctionnels 76

1° *Troubles de l'activité générale* (excitation, dépression). 76

2° *Troubles de la sphère intellectuelle,* 77 ; conception délirante, 77 ; hallucination (définition, division, nature, hallucinations sans folie, hallucinations hypnagogiques,

hallucinations de l'ouïe, hallucinations de la vue, hallucinations de l'odorat et du goût, hallucinations de la sensibilité générale, hallucinations génitales), 79; illusion (définition, division, caractères, illusions internes, illusions mentales, 86.

3° *Troubles de la sphère morale*, 88; délire des sentiments et des affections, 88; délire des instincts, 89; délire des actes. Impulsions, 90-91.

4° *Troubles de la sphère physique*, 92; troubles des fonctions nerveuses (sommeil, sensibilité, motilité), 92; troubles de la vie végétative (digestion, sécrétion, nutrition générale, circulation, respiration, fonction génitale), 93.

CHAPITRE III

CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

1° *Classifications psychologiques* (classif. du prof. Hammond) 95
2° *Classifications symptomatiques* (classif. de Marcé). . 97
3° *Classifications étiologiques* (classif. du prof. B. Ball). 99
4° *Classifications anatomiques* (classif. de M. Luys). . 100
5° *Classement méthodique de l'auteur* 103

DEUXIÈME SECTION. — PATHOLOGIE SPÉCIALE

CHAPITRE IV

ALIÉNATIONS CONSTITUTIONNELLES OU INFIRMITÉS CÉRÉBRALES

Distinction en infirmités cérébrales *congénitales* et *acquises* 113
§ I. *Faiblesse d'esprit* (*débilité mentale*) 114
§ II. *Imbécillité* 115

§ III. *Idiotie* 117

§ IV. *Crétinisme* (crétineux, semi-crétins, crétins complets) 123

§ V. *Démence* simple 128

CHAPITRE V

ETATS MANIAQUES OU DE MANIE

§ I. Manie aigue franche. 134

Définition, 134; symptomatologie, 135; terminaison, 141; *manie chronique*, 143; *manie rémittente*, 143; *manie intermittente*, 143; *manie subaiguë* (agitation maniaque), 144; *manie suraiguë* (délire aigu), 145; marche, durée, 146; anatomie pathologique, 147; pronostic, 147; diagnostic, 148; traitement, 149.

§ II. Excitation maniaque (exaltation maniaque, manie intellectuelle. 149

Dénition, étiologie, 149; description, marche, durée, terminaison, 153; pronostic, anatomie pathologique, 153; diagnostic, traitement, 154.

§ III. Manie raisonnante (folie morale, folie des actes, manie sans délire, etc.). 154

Définition, 154; étiologie, description, 155; marche, durée, terminaison, pronostic, diagnostic, 157; traitement, 158.

CHAPITRE VI

MÉLANCOLIE OU LYPÉMANIE

§ I. Mélancolie ou lypémanie aiguë. 159

Définition, étiologie, 159; Symptomatologie, 160 marche, durée, terminaison, 166; *mélancolie chronique*, 166; *mélancolie rémittente*, *intermittente*, 167; *mélancolie subaiguë* (dépression mélancolique), 167; *mélancolie surai-*

guë (mélancolie avec stupeur), 167; pronostic, anatomie pathologique, 169; diagnostic, 170; traitement, 171.

§ II. Mélancolie intellectuelle (lypémanie délirante). 171
Définition, étiologie, 171; description, 172; *mélancolie hypochondriaque*, 172; *mélancolie avec idées de persécution*, 172; *mélancolie religieuse*, 173; *folie du doute*, 173; marche, durée, terminaison, pronostic, anatomie pathologique, diagnostic, 174; traitement, 175.

§ III. Mélancolie raisonnante (mélancolie morale, lypémanie affective, impulsive). 175
Définition, étiologie, 175; description, 176; *mélancolie affective*, 176; *mélancolie perplexe*, 176; *agoraphobie*, *claustrophobie*, *mégalophobie*, *délire du toucher*, *etc.*, 177; *mélancolie dipsomaniaque*, 177; *mélancolie suicide*, 177; marche, durée, terminaison, 177; pronostic, diagnostic, traitement, 178.

CHAPITRE VII

FOLIE A DOUBLE FORME

(*Folie circulaire*, *délire à formes alternes*, etc.)

Définition, étiologie, 179; description, 180; application de la méthode graphique à l'étude de la folie à double forme, 185; marche, durée, terminaison, 186; anatomie pathologique, pronostic, 190; diagnostic, 192; traitement, 193.

CHAPITRE VIII

FOLIES PARTIELLES OU ESSENTIELLES

§ I. Différences entre les folies généralisées et les folies partielles 394
§ II. Synthèse de la folie partielle. 200

§ III. Description de la folie partielle. 204
1° *Folie hypochondriaque* 205
2° *Délire de persécution* 206
3° *Délire mystique* (folie religieuse). 213
4° *Folie ambitieuse* 216
5° *Folie à deux* 218
Marche, durée, terminaison de la folie partielle, 219; pronostic, anatomie pathologique, 220; diagnostic, 221; traitement, 222.

CHAPITRE IX

FOLIES ASSOCIÉES AUX ÉTATS PHYSIOLOGIQUES

§ I. Folie de l'enfance et de la puberté. 223
1° *Folie de l'enfance* 223
2° *Folie de la puberté* (hébéphrénie) 223
§ II. Folie de la menstruation (folie menstruelle, cataméniale) 227
§ III. Folie puerpuérale 229
1° *Folie de la grossesse*. 231
2° *Folie de l'accouchement*. 231
3° *Folie puerpérale proprement dite* 232
4° *Folie de la lactation*. 233
pronostic, 233; traitement 234
§ IV. Folie de la ménopause. 234
§ V. Folie de la démence (démence sénile délirante). . 237

CHAPITRE X

FOLIES ASSOCIÉES AUX MALADIES GÉNÉRALES

§ I. Folies associées aux maladies aigues généralisées. 240
1° Folie liée à la *variole* 240
2° — — à l'*érysipèle* 242

3° — — au *choléra* 243
4° — — à la *fièvre typhoïde*. 243
§ II. Folies liées aux maladies générales chroniques (folies diathésiques) 248
1° Folie liée à l'*anémie* 248
2° — — à la *fièvre intermittente* 249
3° — — au *rhumatisme* (folie rhumatismale) . . 250
4° — — à la *goutte* (folie goutteuse). 253
5° — — à la *tuberculose* (folie de la phthisie) . . 254
6° — — à la *pellagre*. 258
a, folie pellagreuse, 259; *b*, paralysie générale pellagreuse, 260; *c*, pellagre chez les aliénés, 260.
7° Folie liée au *cancer* 261
8° — — à la *syphilis*. 263
a, folie liée à la syphilis, 263; *b*, paralysie générale et pseudo-paralysie générale syphilitique, 263.
§ III. Folies liées aux intoxications. 269
1° Folie liée à l'*alcoolisme*. 269
a, ivresse, 270; *b*, folie alcoolique subaiguë, 273; *c*, folie alcoolique aiguë, 275; *d*, folie alcoolique suraiguë, 278; *e*, démence alcoolique, 280; *f*, paralysie générale et pseudo paralysie générale alcoolique, 281.
2° Folie liée au *saturnisme*. 288
a, folie saturnine subaiguë, 290; *b*, folie aiguë, 290; *c*, folie suraiguë, 291; *d*, démence saturnine, 292; *e*, paralysie générale et pseudo-paralysie générale saturnine, 292.
3° Folie liée au *morphinisme*. 296
a, effets de l'abus, 298; *b*, effets de l'abstinence, 300.

CHAPITRE XI

FOLIES ASSOCIÉES AUX MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

§ I. Folies liées aux maladies du cerveau. 302
1° *Paralysie générale* 302

Définition, 302; historique, 302; démence paralytique : période prodromique, 307; première période, 310; deuxième période, 315; période terminale, 317; folie liée à la démence paralytique (folie paralytique), 323; marche, durée, terminaison, 328; anatomie pathologique, 329; diagnostic, 331; étiologie, 334; traitement, 340.

2° *Démence apoplectique* 342

§ II. Folies liées aux maladies de la moelle. . . . 343

1° Folie liée à l'*ataxie locomotrice*. 343

2° — — à la *sclérose en plaques*. 344

§ III. Folies liées aux névroses. 344

1° Folie liée à l'*épilepsie* 344

a, Etat mental des épileptiques, 345; *b*, folie épileptique, 346.

2° Folie liée à l'*hystérie* 350

a, Etat mental des hystériques, 350; *b*, folie hystérique, 352.

3° Folie liée à la *chorée* 355

a, Etat mental des choréiques, 355; *b*, folie choréique, 356.

4° Folie liée à la *paralysie agitante*. 358

5° Folie liée au *goître exophthalmique*. 359

CHAPITRE XII

FOLIES ASSOCIÉES AUX MALADIES LOCALES DES APPAREILS ORGANIQUES

(*Folies sympathiques.*)

§ I. Folie sympathique en général 360

§ II. Folie liée aux maladies des organes génitaux et génito-urinaires. 370

1° Folie *utéro-ovarienne* 370

2° Folie liée aux affections des *reins* et de la *vessie* . . 375

§ III. Folies liées aux maladies des voies digestives, aux maladies du foie, aux vers intestinaux. 376
1° Folie liée aux affections des *voies digestives* . . . 376
2° Folie liée aux affections du *foie* et des *canaux biliaires*. 379
3° Folie liée à l'*helminthiase* (folie vermineuse) . . . 382
§ IV. *Folie liée aux maladies du cœur* 386

DEUXIÈME PARTIE

APPLICATIONS DE LA PATHOLOGIE MENTALE A LA PRATIQUE

PREMIÈRE SECTION — PRATIQUE MÉDICALE

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC PRATIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE.

1° Commémoratifs 393
Etude de la famille, 395 ; antécédents du malade, 397.
2° Examen du malade 399

CHAPITRE II

DE L'APPRÉCIATION MÉDICALE DE L'OPPORTUNITÉ DE LA SÉQUESTRATION

Considérations générales, 412 ; considérations relatives au malade, 416 ; considérations tirées de la maladie, 417 ; aliénés dangereux, 419.

CHAPITRE III

PLACEMENT DES ALIÉNÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIAUX SITUATION ET TRAITEMENT DES ALIÉNÉS SÉQUESTRÉS

Loi du 30 *juïn* 1838 *sur les aliénés*, 428 ; *placements volontaires*, *placements d'office*, 442 ; *certificat d'admission*, 444 ; *choix de l'établissement*, *translation du malade*, 448 ; situation et traitement des aliénés séquestrés, 449 ; visites, 450 ; sorties à titre d'essai, sorties définitives, 451.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES ALIÉNÉS A DOMICILE OU EN LIBERTÉ

Considérations générales, 452 ; traitement de l'aliéné dans sa famille, 454 ; traitement par les voyages, 455 ; traitement de l'aliéné chez les nourriciers, 457 ; traitement dans un établissement hydrothérapique, 458 ; traitement dans une maison de campagne, 460 ; moyens de contention chez les agités, 461 ; soins à donner aux gâteux, 465 ; alimentation forcée des aliénés (manuel opératoire), 466.

CHAPITRE V

DÉONTOLOGIE MÉDICO-MENTALE

Rapports sexuels entre un aliéné et son conjoint, 476 ; chances d'hérédité dévolues aux divers membres de la famille d'un aliéné, 479 ; mariage des aliénés et des parents d'aliénés, 488.

DEUXIÈME SECTION. — PRATIQUE MÉDICO-LÉGALE

CHAPITRE PREMIER

RESPONSABILITÉ PÉNALE DES ALIÉNÉS. — CRIMES ET DÉLITS DES ALIÉNÉS

1° *Responsabilité pénale des aliénés* : irresponsabilité absolue, responsabilité partielle, 495 ; responsabilité dans les états de rémission, d'intermittence, d'intervalles lucides, 500.

2° *Crimes et délits des aliénés* : leurs caractères généraux, 504 ; leurs caractères particuliers dans les principales formes morbides : dans les infirmités cérébrales, 506 ; dans les états maniaques, 507 ; dans les états mélancoliques, 508 ; dans les folies partielles, 509 ; dans l'hébéphrénie, 511 ; la folie puerpérale, 511 ; les folies toxiques, 512 ; la paralysie générale, 512 ; l'épilepsie, 513.

CHAPITRE II

EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

Définition de l'expertise, 515 ; *voies et moyens de l'expertise* : enquête, 519 ; interrogatoire, 520 ; observation directe et suivie, 521 ; *folie dissimulée*, 522 ; *folie simulée* : formes de la folie simulée, 523 ; procédés de simulation, 525 ; moyens de découvrir la simulation, 526 ; *folie alléguée*, 529 ; *rapports médico-légaux* : rapport médico-légal sur l'état mental d'A. G..., meurtrier du Dr Marchant (délire de persécution, ordonnance de non-lieu), 531 ; rapport médico-légal sur l'état mental de Laurence (Alphonse), inculpé d'homicide suivi d'attentat à la pudeur (débilité mentale, accès aigu de

délire alcoolique), 546 ; rapport médico-légal sur l'état mental de la femme B..., inculpée d'homicide volontaire sur son enfant âgé de quatorze mois, tentative de suicide par asphyxie (épilepsie, irresponsabilité), 554 ; rapport médico-légal sur l'état mental de Delmet (Gédéon), incendiaire (épilepsie vertigineuse), 560 ; rapport médico-légal sur l'état mental de M. de L..., inculpation de vols (paralysie générale, irresponsabilité), 569 ; *asiles pour les aliénés criminels*, 572.

CHAPITRE III

DE LA CAPACITÉ DES ALIÉNÉS

Interdiction des aliénés, 574 ; *conseil judiciaire*, 580 ; *administration provisoire*, 580 ; *mariage des aliénés :* incapacité, nullité de mariage, séparation de corps et de biens, divorce, 582 ; *donations et testaments des aliénés*, 583 ; puissance paternelle, 584 ; témoignage des aliénés, 585 ; assurances sur la vie dans la folie, 585.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

Accouchement. Etiologie générale, 40; (folie de l'). 231

Adhérences des méninges à la couche corticale dans la paralysie générale, 330.

Age. Etiologie générale, 34.

Age critique (folie de l'), 234; — (influence de l') dans la paralysie générale, 339.

Agitation maniaque, 144.

Agoraphobie, 16.

Alcool. Etiologie générale, 41.

Alcoolique (folie). 269; — aiguë, 272; — subaiguë. 273; — aiguë, 275; — suraiguë, 278. — Démence, 280; — rapport médico-légal sur un cas de délire aigu, 546.

Aliénation mentale, différence avec la folie. 27; — (diagnostic pratique de l'), 393.

Aliénés (placement des), 427; — situation et traitement des aliénés séquestrés, 449; — (visites aux), 450; — (sorties à titre d'essai des), 451; — (sortie définitive des), 451; — (capacité des), 574; — (Interdiction des), 574: — conseil judiciaire des), 580; — (administration provisoire des), 580; — (mariage des), 581; — (donations et testaments des), 583; —(puissance paternelle des), 584; — (témoignage des), 585; — (assurances sur la vie des), 585; (séquestration des — dangereux), 419-426.

Alimentation forcée des aliénés, 67; — (manuel opératoire de l'), 466.

Aliments (refus d') dans la mélancolie aiguë, 162; — dans la paralysie générale, 325.

Amaurose dans la paralysie générale, 316.

Ambitieux (délire), 202.

Ambitieuse (folie), 217.

Amelung. Historique, 24.

Analyse subjective (période d') dans la folie partielle, 205.

Anatomie pathologique de l'aliénation mentale en général, 53; — de la folie, 54; — (aiguë, 54; — chronique, 54.)

Anémie. Etiologie générale, 39; — (folie liée à l'), 248.

Antécédents du malade dans le diagnostic pratique de la folie, 397.

Aphasie dans la paralysie générale, 323.

Apoplectiforme (congestion cérébrale); — dans la paralysie générale, 321.

Apoplectique (démence) différence avec la démence paralytique, 331; — (symptomatologie de la), 342.

Arétée de Cappadoce. Historique, 11.

Asclépiade. Historique, 10.

Asiles d'aliénés (considérations sur les), 414; — asiles pour les aliénés criminels, 572.

Asphyxie par bol alimentaire dans la paralysie générale, 318.

Assurances sur la vie dans la folie, 585.

Ataxie locomotrice (folie liée à l'), 343.

B

Baillarger. Historique, 25; — historique de la paralysie générale, 302.

Bains dans le traitement de la folie; — généraux; — prolongés; sinapisés; — de mer; — sulfureux, 466.

Ball. Classification, 99.

Bayle. Historique, 25, 302.

Boerhaave. Historique, 18.

Bonet. Historique, 18.

C

Cachexie. Etiologie générale, 39.

Calculs hépatiques (fréquence des) dans la folie hépatique, 381,

Calmants dans le traitement de la folie, 64.

Calmeil. Historique, 25, 303.

Camisole de force, 70, 462; — (application de la), 463.

Cancéreuse (folie), 261.

Caractère (modifications du) dans la folie choréique, 356.

Cardiaque (folie), 386.

Causes de folie; — prédisposantes générales, 30; — occasionnelles, 37; — locales, générales, physiologiques, spécifiques, 39, 41.

Célibat. Etiologie générale, 35.

Celse. Historique, 11.

Cérébrales (lésions) dans les folies chroniques, 55.

Certificat d'admission pour les aliénés séquestrés, 444.

Cerveau (atrophie du) dans les folies chroniques, 55.

Choléra (folie liée au), 243.

Choréique (folie), 345; — à forme maniaque, 357; — forme mélancolique, 357; — diagnostic, pronostic, traitement, 358.

Choréiques (état mental des), 355.

Circulaire (folie) dans la paralysie générale, 327. — (Voy. *Double forme* folie à).

Circulatoires (troubles) dans les folies chroniques, 55; — dans la mélancolie aiguë, 165.

Civilisation. Etiologie générale, 30; — cause prédisposante de paralysie générale, 335.

Classification, 94; — classifications psychologiques (du professeur Hammond), 95; — symptomatiques, 97 (de Marcé), 97; — étiologiques, 99 (du professeur Ball), 99; — anatomiques (de M. Luys), 100; — classement méthodique de l'auteur, 103, 111.

Claustrophobie, 176.

Climats. Etiologie générale, 35.

Code-civil, 574; — criminel, 495.

Cælius Aurelianus. Historique, 13.

Comateuse (congestion cérébrale à forme) dans la paralysie générale, 321.

Commémoratifs dans le diagnostic pratique de la folie, 394.

Complications dans la folie, 49.

Congestives (attaques) dans la paralysie générale, 320.

Conolly. Historique, 25.

Contention (moyens de) chez les aliénés, 67; chez les agités, 461.

Crane (conformation vicieuse du) dans l'idiotie, 53.

Crétinisme, 123; — définition, division, 123; — description, 124.

Crimes des aliénés, 503; — (*caractères* généraux des), 504); — *caractères* particuliers dans les principales formes morbides, 506;

dans les infirmités cérébrales, 506 ; — dans les états maniaques, 507 ; — dans les états mélancoliques 508 ; — dans les folies partielles, 509 ; — dans l'hébéphrénie, 511 ; — dans la folie puerpérale, 511 ; — dans les folies toxiques, 512 ; — dans la paralysie générale, 512 ; — dans l'épilepsie, 513.

Crises dans la folie, 49 ; — convulsives dans la folie épileptique, 347.

Cullen. Historique, 20.

D

Dédoublement de la personnalité, délire de persécution, 209.

Delaye. Historique, 25.

Délirantes (conceptions), 77.

Délire fébrile ; différence avec le délire vésanique, 42 ; — des sentiments et des affections, 88 ; — des instincts, 89 ; — des actes, 90 ; — aigu, 145 ; — dans la mélancolie aiguë, 160 ; — chronique, 199 ; — aigu alcoolique, 278 ; — dans la folie épileptique, 348.

Délits des aliénés, 503.

Démence. Signification du mot, 28 ; — simple, 128 ; — période terminale de la folie, 132 ; — paralytique, 307 ; — dans la folie épileptique, 349.

Déontologie médico-mentale, 476.

Dépenses du service des aliénés (loi de 1838), 436.

Dépression. Symptomatologie générale, 77 ; — dans la mélancolie aiguë, 160, 164 ; — mélancolique (Voy. *Mélancolie subaiguë*).

Dépressive (forme) dans la folie sympathique, 362.

Deux (folie à), 218.

Diagnostic en général, 41.

Diathèses. Etiologie générale, 40.

Digestive (fonction), dans la folie sympathique, 361.

Digestives (affections des voies) dans la folie sympathique, 376.

Dipsomanie dans la manie raisonnante, 156 ; — dans la mélancolie raisonnante, 177.

Disparates (types) dans les familles d'aliénés, 33.

Dispositions communes aux personnes placées dans les établissements d'aliénés, 438 ; — générales, 442.

Double forme (folie à), 179 : — continue, 183 ; — à accès intermittents, 183 ; — simple, 193 ; — liée à un état morbide, 193.

Doute (folie du), 173.

Durée de la folie en général, 47.

Dyspepsie dans la folie sympathique, 378.

E

Echo de la pensée, dans le délire de persécution, 208.

Education. Etiologie générale, 37.

Electricité dans le traitement de la folie, 66.

Eléments symptomatiques de l'aliénation mentale, 71.

Emissions sanguines dans le traitement de la folie, 64.

Emotif (délire), 176.

Emotions. Etiologie générale, 37.

Emprisonnement cellulaire. Etiologie générale, 38.

Epileptiforme (accès), dans la folie alcoolique aiguë, 277 ; — (congestion cérébrale) dans la paralysie générale, 322.

Ependymaires (granulations) dans la paralysie générale (Magnan et Mierzejewski), 330.

Epilepsie (rapport médico-légal sur un cas d'), 555 ; — (rapport médico-légal sur un cas d'), vertigineuse, 560.

Epileptique (folie), 344-349.

Epileptiques (état mental des)), 345 ; — (troubles du caractère des), 345 ; — irritabilité, 345 ; — (inconscience des), 347.

Epoques (influence des). Etiologie de la paralysie générale, 335.

Érotomanie dans la manie raisonnante, 156.

Erysipèle (folie liée à l'), 242.

Esprit (faiblesse d'), pathologie, 114.

Esquirol. Historique. 24.

Estomac (lavage de l'), dans la sitiophobie, 67 ; — dans la mélancolie aiguë, 171.

Etablissement (choix d'un), pour les aliénés, 448; — (translation du malade dans un), 448.

Etablissements d'aliénés (loi de 1838 sur les), 428.

Etat civil. Etiologie générale, 35.

Etiologie générale, 28-41.

Evénements politiques. Étiologie générale. 31.

Excitation, symptomatologie générale), 76 : — maniaque, 149 ; — dans la démence apoplectique, 342.

Explication délirante (période d') dans la folie partielle, 206.

Expertise médico-légale, 515 ; — définition de l'), 515 ; — (voies et moyens de l'), 519 ; — (enquête dans l'), 519 ; — (interrogatoire dans l'), 520 ; — (observation directe dans l'), 521 ; — folie dissimulée, 522 ; — folie simulée, 523; — procédés de simulation, 524; — moyens de découvrir la simulation, 526 ; — folie alléguée, 529 ; — rapports médico-légaux, 530.

F

Face (asymétrie de la). Etiologie générale, 53.

Falret (père). Historique, 25.

Falret (Jules). Historique, 25.

Famille (étude de la), dans le diagnostic pratique de la folie, 395.

Ferrus. Historique, 25.

Fièvres. Etiologie générale, 40.

Fièvre intermittente (folie liée à la), 249.

Fodéré. Historique, 25.

Folie, définition, différence avec l'aliénation mentale, 27 ; — étiologie, 28 ; — diagnostic, 41 ; — marche, 44 ; — durée, 47 ; — terminaison, complications, 48 ; — pronostic, 50 ; — anatomie pathologique, 53 ; — traitement, 56 ; — généralisée, 194 ; — différence avec la folie partielle, 194 ; — partielle, 200 ; — simulée, 523 ; — dissimulée, 522 ; — alléguée, 529.

Foville (père). Historique, 25.

Friedreich. Historique, 24.

G

Galien. Historique, 15.

Gardiner-hill. Historique, 25.

Gateux. (état) dans la démence alcoolique, 281 ; — (soins à donner aux), 465 ; — (lit de), 465.

Génie, sa parenté avec la folie, 33.

Génital (hallucination du sens) dans la folie sympathique, 372.

Génitale (fonction) dans la folie sympathique, 361.

Génitaux (folies liées aux maladies des organes), 370.

Georget. Historique, 25.

Goître exopthalmique, 359.

Goutteuse (folie), 253.

Grandeurs (délire des) dans la paralysie générale 324.

Griesinger. Historique, 24.

Grossesse. Etiologie générale, 40; — (folie de la), 231.

Guérison de la folie en général, 48.

Guislain. Historique, 25.

H

Hallucinations, 79 ; — sans folie, 81 ; — de l'ouïe, 81 ; — de la vue. 84 ; — de l'odorat et du goût, 85 ; — de la sensibilité générale, 85 ; — génitales, 85 ; — dans la mélancolie aiguë, 161 ; — dans la folie partielle, 203 ; — dans le délire de persécution, 209 ; — dans la démence apoplectique,

342 ; — dans la folie épileptique, 346.

HAMMOND. Classification, 95.

HÉBÉPHRÉNIE, 223.

HÉBÉTUDE dans la folie alcoolique suraiguë, 278.

HEINROTH. Historique, 23.

HELLÉBORE (emploi de l') dans la folie, 8.

HÉMATOME de l'oreille dans la paralysie générale, 319.

HÉMIPLÉGIQUE (congestion cérébrale à forme) dans la paralysie générale, 321.

HÉPATIQUE (folie), 379.

HÉRÉDITÉ (différentes sortes d'), 31-34 ; — (chances d') dans la famille d'un aliéné, 479 ; — différents types morbides d'), 485.

HIPPOCRATE. Historique, 5.

HISTORIQUE, 1.

HOMICIDE (impulsion à l') dans la manie raisonnante, 156.

HYDROTHÉRAPIE (dans le traitement de la folie), 66 ; — (traitement des aliénés dans les établissements d'), 458.

HYPOCHONDRIAQUE (folie), 205.

HYPOCHONDRIAQUES (conceptions) dans la paralysie générale, 308.

HYSTÉRIQUE (folie), 350 ; — délire, 352.

HYSTÉRIQUES (état mental des), 350.

I

IDIOPATHIQUES (folies), 199.

IDIOTIE, 117.

ILLUSIONS, 86 ; — internes, 87 ; — mentales, 87 ; — dans le délire mystique, 214 ; — dans la folie sympathique, 379.

IMBÉCILLITÉ, 115.

IMITATION. Etiologie générale, 38.

IMPULSIONS, 91 ; — dans la manie raisonnante, 156 ; — dans la folie épileptique, 346.

INCONSCIENCE dans la folie épileptique, 348.

INFIRMITÉS congénitales, 113 ; — acquises, 128.

INSOLATION (effets de l'). Etiologie de la paralysie générale, 339.

INTELLECTUEL (affaiblissement) dans la démence alcoolique, 280 ; — dans la folie épileptique, 349 ; — (surmenage) ; — étiologie de la paralysie générale, 339.

INTELLIGENCE (troubles de l') dans la démence paralytique, 314.

INTERVALLE LUCIDE dans la folie, 47 ; — (responsabilité dans l'), 505.

IVRESSE, 270.

J

JACOBI. Historique, 24.

K

KLEPTOMANIE dans la manie raisonnante, 156.

L

LACTATION. Etiologie générale, 40 ; — (folie de la), 233.

LARVÉE (épilepsie), 347.

LASÈGUE. Historique, 25.

LÉSIONS cérébrales dans le délire aigu alcoolique, 279 ; — dans la folie sympathique, 355.

LEURET. Historique, 25.

LÈVRES (tressaillements fibrillaires des) dans la paralysie générale, 311.

LIBRE ARBITRE (perte du), criterium de la folie, 42.

LOI du 30 juin 1838 sur les aliénés, 428, 442 ; — anglaise, pour la séquestration des aliénés, 446 ; — de New-York, pour la séquestration des aliénés, 447.

LORRY. Historique, 20.

LUNE (phases de la). Etiologie générale, 35.

Luys. Classification, 100.

Lypémanie. (Voy. *Mélancolie*; — délirante. (Voy. *Mélancolie intellectuelle.*)

M

Machonnement dans la paralysie générale, p. 316.

Macroscopiques (lésions) dans la paralysie générale, 330.

Maladies incidentes dans la folie, 49.

Maniaque (excitation), 149 : — dans la paralysie générale, 324 ; — (forme) de la folie alcoolique aiguë, 278.

Manie aigue, 135 ; — dans la paralysie générale, 326 ; — subaiguë (agitation maniaque), 144 : — suraiguë (délire aigu). 145 ; — chronique, 143 ; — rémittente 143 ; intermittente. 143.

Manie raisonnante, 154.

Marc. Historique, 25.

Marche de la folie, 44.

Mariage (influence des premiers rapports du), 37.

Mariages des aliénés et des parents d'aliénés, 488.

Masque paralytique (paralysie générale), 316.

Mégalophobie, 176.

Mélancolie aigue, 159 ; — dans la paralysie générale, 325 ; — subaiguë (dépression mélancolique), 167 : — suraiguë (mélancolie avec stupeur), 167.

Mélancolie intellectuelle (lypémanie délirante), 171 ; — hypocondriaque, 172; — avec idées de persécution, 172. — religieuse, 173.

Mélancolie raisonnante. 175 : — affective. 176 ; — perplexe, 176 ; — suicide, 177.

Mélancolique (forme) de la folie alcoolique aiguë, 278.

Ménopause (folie de la), 234 ; — cause de paralysie générale, 339.

Menstruation. cause de folie, 40 ; — (folie de la), 227.

Microscopiques (lésions) dans la paralysie générale, 330.

Moelle (folies liées aux maladies de la), 343.

Moral (traitement) de la folie, 60 ; — (troubles du) dans la démence paralytique, 314.

Morel. Historique, 25.

Morphine (abus de la) comme cause de folie, 41.

Morphinisme (folie liée au), 296.

Mort dans la folie, 48 ; — dans la paralysie générale, 328.

Moyen-age (la folie au), 16.

Musculaire (affaiblissement) dans la paralysie générale, 312.

Mystique (délire), 201.

N

Nasse. Historique, 24.

Névroses (folies liées aux), 344.

No-restraint, 70.

O

Oculo-pupillaires (troubles) dans la démence paralytique, 313.

Ongles (chute spontanée et dystrophie des) dans la paralysie générale, 318.

Opium cause de folie, 41.

Oreilles. (Déformation des) stigmate d'hérédité, 53.

P

Paralysie agitante (folie liée à la), 358.

Paralysie générale, 302 ; — définition, 302 ; — historique. 302 ; — description. 306 ; — démence paralytique, 307 ; — période prodromique, 307 ; — première pé

riode, 310 ; — deuxième période, 315; — troisième période, 317 ; — (folie liée à la), 323 ; — marche, 330 ; — durée, terminaison, 328 ; — anatomie pathologique, 329 ; —diagnostic, 337 ; — Etiologie, 334 ; — traitement, 340 ; — (rapport médico-légal sur l'état mental de M. de L. atteint de) (vols), 569.

Paralysie générale (pseudo-) syphilitique, 267 ; — alcoolique, 281 ; — saturnine, 292 ; — pellagreuse, 260.

Paralytique (folie), 323.

Parchappe. Historique, 25.

Parole (embarras de la) dans la démence paralytique, 310.

Pays (influence des) dans l'étiologie de la paralysie générale, 335.

Pellagreuse (folie), 258 ; — paralysie générale, 260.

Persécution (délire de), 206 ; — (mélancolie avec idées de), 172 ; — (idées de) associés au délire mystique, 215 ; — (rapport médico-légal sur l'état mental de A. G. atteint de), 537.

Pharynx (paralysie du) dans la paralysie générale, 318.

Phrénitis, 6.

Phthisie (folie de la), 254.

Pinel. Historique, 21.

Placements des aliénés dans les établissements spéciaux, 429 ; — volontaire, 429 ; — d'office, 434.

Plomb, cause de folie, 47.

Pratique médicale de l'aliénation mentale, 389 ; — médico-légale, 493.

Professions (influence des) sur le développement de la folie, 36 ; — de la paralysie générale, 339.

Pronostic de la folie, 50.

Puberté, cause de folie, 40 ; — (folie de la), 223.

Puerpérale (folie), 229.

Pupilles (inégalité des) dans l'alcoolisme chronique, 277 ; — dans la paralysie générale, 313.

Purgatifs dans le traitement de la folie, 64.

Pyromanie, 146.

R

Raisonnante (manie), 154-158 ; — (mélancolie), 175.

Rapports médico-légaux, 530, 531, 546, 555, 560, 569.

Rechutes dans la folie, 52.

Reins (affections des) dans la folie sympathique, 375.

Religieuse (folie), 213.

Religieuses (idées). Etiologie générale, 30.

Rémission dans la folie, 46.

Renaissance (la folie à la), 17.

Responsabilité pénale des aliénés, 495 ; — partielle, atténuée, 496 ; — (états morbides dans lesquels on admet la), 498 ; — dans la rémission, intermittence, intervalles lucides, 500.

Révulsifs dans le traitement de la folie, 67.

Rhumatismale (folie), 250.

S

Saisons. Etiologie générale, 35.

Saturnine (folie), 288 ; — (démence), 292 ; — pseudo-paralysie générale, 292.

Saturnsime, 288.

Sauvages. Historique, 19.

Schroeder van der Kolk. Historique, 24.

Sclérose en plaques, 344 ; — (affaiblissement intellectuel dans la), 344.

Sensibilitè (troubles de la) dans la paralysie générale, 315.

Sensibiblerie dans la démence apoplectique, 343.

Séquestration dans la folie épileptique, 349 ; — (appréciation médi-

cale de l'opportunité de la), 412; — (motifs de la), 415, 419.

Sexe (influence du). Etiologie de la paralysie générale, 338; — étiologie générale, 34.

Sexuels (rapports) des aliénés, 476.

Sitiophobie dans la folie, 68; — dans le délire de persécution, 209.

Sonde œsophagienne, 467; — d'épreuve, 474.

Soranus d'Ephèse. Historique, 13.

Sphincters (relâchement des) dans la paralysie générale, 317.

Stupeur (mélancolie avec). (Voy. *Mélancolie suraiguë*.)

Stahl. Historique, 23.

Suicide (tendance au) dans la mélancolie raisonnante, 177; — dans la mélancolie aiguë, 163; — dans la folie sympathique, 372.

Sympathique (folie), 360.

Symptomatiques (folies), 199.

Symptomatologie générale, 71, 93.

Syphilitique (folie), 263; — pseudo-paralysie générale, 267.

T

Tabac. Etiologie générale, 41.

Température (élévation de la) dans le délire aigu alcoolique, 278.

Terminaison de la folie, 48.

Traitement, préventif, 55; — curatif, 57; — par l'isolement, 62; — par les distractions, les voyages, 62; — physique, 62; — hygiénique, 63; — médical interne, 63, 65; — médical externe, 65; — par l'alimentation forcée, 67; — par le lavage de l'estomac, 69; — par les moyens de contention, le no-restraint, 69; — de la paralysie générale, 340; — général des aliénés, 427; — des aliénés séquestrés, 449; — des aliénés à domicile, 452; — des aliénés dans leur famille, 454; — par les voyages, 455; — chez les nourriciers, 457; — dans un établissement d'hydrothérapie, 458; — dans une maison de campagne, 460.

Transformation de la personnalité dans la folie partielle, 216.

Traumatismes crâniens. Etiologie de la paralysie générale, 339.

Trélat. Historique, 25.

Tremblement dans la folie alcoolique aiguë, 277; — dans la paralysie générale, 312.

Tristesse dans la démence apoplectique.

Trophiques (troubles) dans la paralysie générale, 318.

Typhoïde (folie liée à la fièvre), 243.

U

Utérine (folie), 370.

V

Van-Swieten. Historique, 19.

Variole (folie liée à la), 240.

Vénériens (excès). Etiologie de la paralysie générale, 339.

Vering. Historique, 24.

Vermineuse (folie), 382.

Vessie (maladie de la) dans la folie sympathique, 375.

Veuvage. Etiologie générale, 36.

Vieillesse (folie de la), 237.

Vieussens. Historique, 18.

Voisin (Félix). Historique, 25.

Voix, dans le délire de persécution, 208.

Voyages dans le traitement de la folie, 62, 455.

W

Willis. Historique, 17.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CH. HÉRISSEY.

Pour paraître le 15 octobre 1884

NOUVEAU DICTIONNAIRE ABRÉGÉ

DE MÉDECINE

DE CHIRURGIE

ET DES

SCIENCES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET NATURELLES

Par Ch. ROBIN

Membre de l'Institut,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Un fort volume grand in-8° jésus imprimé à 2 colonnes.

Cet ouvrage sera l'œuvre *absolument personnelle du Maître*, qui depuis deux années y consacre son temps et ses continuelles .echerches.

